

**INSTITUTO SUPERIOR DE CULTURA FÍSICA**  
**MANUEL FAJARDO.**  
Facultad de Cultura Física “Nancy Uranga Romagoza.”

**TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL GRADO  
CIENTÍFICO DE MÁSTER EN ACTIVIDAD FÍSICA  
COMUNITARIA.**

**Título: Medios Terapéuticos como alternativa para  
contribuir, al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial  
Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del  
reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río.**

**Autor: Lic. Félix Vladimir Lemus González.**

**Tutor: MSc. Fermín Arteaga Crespo.**

Pinar del Río  
2009.

“Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución”.

### **Pensamiento.**

“Hoy en la medicina muchos tratamientos, se hacen a base de ejercicios físicos y deportes. La medicina se revoluciona y cada vez acude más a estas formas para el tratamiento de diversas enfermedades; antes cuando alguna persona tenía ciertos problemas de enfermedad pues le decían que estuviera en cama, que no se moviera mucho y hoy en día hay tratamiento que se basan en ejercicios físicos”.

Fidel Castro Ruz.

### **Dedicatoria.**

A mis hijos por ser mí fuente de inmensa felicidad y amor.

A mis padres por impregnarme deseos de superación y quererme tanto.

A mis hermanos por la ayuda que me han ofrecido toda mí vida y acompañarme en cada momento.

A mi esposa por ser mi compañera en la vida.

A mis amigos y compañeros de trabajo por demostrarme una vez más lo importante que son para mí.

### **Agradecimientos.**

A Dios, porque creo en él.

A Marta por su manera irrepetible de brindarme amor y apoyo espiritual.

A la Revolución y a Fidel por hacer realidad mis sueños.

### **Declaración de Autoridad**

Los resultados que se exponen en el presente Trabajo de Maestría se han alcanzado como consecuencias de la labor realizada por el autor y asesorado y/o respaldado por la Facultad de Cultura Física “Nancy Uranga Romagoza”

Por tanto, los resultados en cuestión son propiedad del autor y el centro antes mencionado y solo ellos podrán hacer uso de los mismos de forma conjunta y recibir los beneficios que se deriven de su utilización.

Dado en Pinar del Río a los 18 días del mes de Junio del 2009.

Félix Vladimir Lemus González.

Autor: Nombre (s) y apellido (s) y firma

## **Resumen.**

La realización de este trabajo se fundamenta en la propuesta de la elaboración de medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río”, a la vez que se le estimula a no abandonar el tratamiento, para lo que se tendrá en cuenta sus manifestaciones en cuanto al empleo de estos medios y mantenerse realizando el tratamiento. Es fruto de la creatividad y ayudan a la actividad de espiración y a la vez al fortalecimiento de los músculos que intervienen en la espiración diafragmática en estos pacientes, en la que los niños se sienten estimulados jugando y no abandonan el tratamiento.

Constituye una novedad científica porque propone los medios mencionados para la rehabilitación de ese tipo de pacientes que no existían, pretendiendo contribuir al alejamiento de las crisis; podrán ser utilizados por los especialistas, técnicos de la Escuela Comunitaria en la comunidad, familiares e interesados en el alejamiento de las crisis de los implicados; es una vía para el trabajo comunitario, dirigida a potenciar la socialización en la comunidad y la eliminación de estos padecimientos.

Para dar cumplimiento a cada tarea científica se utilizaron variados métodos de investigación, destacándose el método dialéctico materialista; también se usaron teóricos, empíricos, estadísticos y técnicas participativas de intervención comunitaria.

**Índice.**

Pensamiento.

Dedicatoria.

Agradecimiento.

Declaración de Autoridad

Anexos Resumen.

Índice.

Introducción.....	1/6
I. Marco teórico referencial.....	7/39
1. 1 La comunidad.....	7/12
1.2 Caracterización del Consejo Popular “Capitán San Luis”.....	12/14
1. 3 Características anatómo-fisiológicas de los niños entre 8/10 años.....	15/25
1.4 El asma bronquial.....	25/29
1.5El juego. Teorías, características e importancia.....	29/37
1.6 Conclusiones parciales del Capítulo I.....	38/39
II. Marco metodológico. Resultados y propuesta.	
2.1Fundamentación del tipo de estrategia o estudio.....	40/43
2.2 Valoraciones metodológicas de la propuesta.....	44/46
2.3 Análisis de los resultados.....	47/55
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
Bibliografía	

## **Introducción.**

Se señala que en la última década, la ciencia y la técnica han tenido un gran desarrollo en varios sentidos, pero se hace necesario continuar desarrollando investigaciones en todas las ramas de la ciencia, con el fin de encontrar o determinar métodos y medios a emplear, resultados incuestionables, que el avance alcanzado denota un aumento cualitativo en la especialización médica trabajando intensamente para hacer llegar nuevas orientaciones precisas a la población para la prevención de varias enfermedades y el mejoramiento de la calidad de vida del hombre.

Cuando nos referimos al tiempo primitivo el hombre no tuvo la necesidad que tenemos en la actualidad de que alguien lo instruyese para realizar ejercicios al igual que los niños de hoy, pues los hombres primitivos se ejercitaban instintivamente a través de juegos y con actividades diarias, la vida de ellos le proporcionaba actividades variadas al aire libre, con inmejorables condiciones para el ejercicio físico, tratándose más bien de un sistema general de cultura física que comprendía la lucha, el manejo del arma, las carreras y otros ejercicios utilitarios que se trasmitían empíricamente de generación en generación, como característica de cada tribu.

En diversos libros se habla acerca de la fisiología del proceso respiratorio en el tratamiento de varias enfermedades, resultando la ejecución correcta de este, un regulador de la sangre a partir de ejercicios respiratorios.

En el libro de “Apuntes de la Gimnasia Básica” de Isabel Fleitas Díaz en la clasificación de gimnasia nos habla sobre la gimnasia de tipo terapéutica, dirigida al desarrollo de la estética y la corrección de enfermedades físicas permitiendo el logro de mayores resultados con una implicación directa en el aumento de la producción desarrollo deportivo y de la salud; el autor de este trabajo considera



importante lo expresado por la doctora Fleitas ya que estos aspectos van dirigidos a lograr el mejoramiento, en alguna medida de la patología.

Como parte de los avances de la ciencia en el campo de la salud y el deporte se ha logrado incorporar a las áreas terapéuticas pacientes de gran variedad de enfermedades como son la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el asma bronquial de cualquier grupo de edades. Esta última es una enfermedad respiratoria en la que el espasmo, la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limitan el paso del aire con la consiguiente dificultad respiratoria, este estrechamiento de las vías respiratorias es típicamente temporal y reversible pero un ataque grado IV o severo de asma puede provocar incluso la muerte del que lo padece; es una afección alérgica derivada en la mayoría de los casos de enfermedades infecciosas del aparato respiratorio.

Algunas veces esta infección tiene carácter de reflejo condicionado, los accesos a la asfixia se pueden producir con diferentes frecuencias. Cuando el grado de afección es simple se puede producir un solo acceso en el transcurso de varios años de ataque en un mismo día.

Normalmente la duración de los ataques pueden oscilar de minutos a varias horas y días, en caso de estatus asmático, durante el ataque los enfermos adquieren instintivamente la posición idónea para realizar el acto de la respiración que influye en musculatura respiratoria auxiliar y en ocasiones los instintos de forzar la respiración conducen a un espasmo aún mayor de la musculatura lisa de los bronquiolos y dificulta la respiración.

En un municipio como Pinar del Río, donde la población tiene conocimiento de la actividad física, poner en práctica mediante el juego, medios con fines terapéuticos, resultará un modo estratégico para que los pacientes dejen de

consumir fármacos y se incorporen a la actividad física planificada pues les trae beneficios y es económico para la familia y la sociedad.

Los juegos son un fenómeno histórico en el desarrollo social y cultural de la humanidad. Su diversidad es inmensa. Ellos reflejan todas las esferas de la creación material y espiritual de las personas, trascienden los tiempos y los espacios, no conocen las fronteras, su idioma es internacional pues cuando se juega no hay barrera para su comprensión, a través del juego resulta más fácil comprender cualquier información. Es una actividad espontánea y placentera, que contribuye a la educación integral del niño como elemento formador y desarrollador. Se caracteriza por la complejidad, la cual está dada en la formación de los hábitos motores, desarrollo y perfeccionamiento de cualidades vitales importantes físicas, intelectuales, morales y volitivas, de ahí su importancia y el interés en que se apliquen como elemento esencial dentro de la clase.

La necesidad de proporcionar una generación saludable físicamente, multilateral y armónicamente desarrollada, resulta cada vez más una necesidad de nuestra sociedad. Nuestro país viene realizando una labor extraordinaria en el desarrollo cultural, ideológico, artístico, deportivo y de educación en general, tratando de responder a las necesidades y aspiraciones de cada miembro de la sociedad.

A pesar de que constantemente se aplican las nuevas tecnologías, no se ha encontrado referencia alguna sobre el uso de medios terapéuticos como los que proponemos para el tratamiento del Asma Bronquial. Partiendo de esta idea se confeccionaron medios con el fin de lograr el alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV, puesto que los mismos estimularán a los pacientes asmáticos a asistir al área terapéutica, no abandonaran el tratamiento y se contribuirá al fortalecimiento de los músculos espiratorios que expulsan el oxígeno que se tiene en demasía.

Al utilizar estos medios terapéuticos como un juego, al final del tratamiento, el paciente puede medir su mejoría al alejar sus crisis, además de no depender de los medicamentos e incorporarse a la vida diaria.

La cantidad de niños que padecen de asma bronquial en el Consejo Popular “Capitán San Luís” ha proliferado, aspecto este que sirvió de motivación para la presente investigación.

Como parte del diagnóstico se realizaron observaciones, análisis documental, encuestas y entrevistas, que permitieron constatar que los niños de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” en el municipio Pinar del Río no utilizaban medios terapéuticos de este tipo, mediante el juego para atender su padecimiento, además de abandonar el mismo al sentirse bien de la crisis de asma por lo que se necesitaba en el área de su permanencia para obtener resultados favorables en el tratamiento, al alejar las crisis.

Por otra parte, en el análisis documental efectuado en el Gimnasio de Cultura Física, del policlínico “Turcios Lima”, entidad encargada de garantizar los distintos programas de salud, para la atención a esta población, se confirmó que existe un incremento considerable de los niños con Asma Bronquial Grado IV; aparejado a ello, un aumento de los pacientes con distintas enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la contaminación ambiental y que comienzan el tratamiento pero lo abandonan. Lo planteado nos permitió conocer que muchas de las actividades que tradicionalmente se realizan para los asmáticos, no son con medios durante el juego como los que propondremos para los pacientes de la comunidad del reparto “Capitán San Luis”.

De todo este análisis preliminar se deriva nuestro **problema científico:**

¿Cómo contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río?

Teniendo como **objeto de estudio**: Proceso de rehabilitación del Asma Bronquial.

El **objetivo** del presente trabajo es: Proponer medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río.

Para guiar este proceso investigativo nos planteamos las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Cuáles son las concepciones teóricas y metodológicas que existen acerca del estado de salud de los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en Cuba y en el exterior?

2. ¿Cuál es la situación actual de los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río?

3. ¿Qué medios terapéuticos elaborar como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río?

4. ¿Qué valoración merece la propuesta de medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río?

De donde se derivan las siguientes **tareas científicas**:

1. Estudio de las concepciones teóricas y metodológicas acerca del estado de salud de los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en Cuba y en el exterior.
2. Caracterización de la situación actual de los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río.
3. Elaboración de los medios terapéuticos como alternativa para contribuir, al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río.
4. Valoración de medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río a través del criterio de especialistas en los anexos.

Para dar cumplimiento a cada tarea científica se utilizaron variados métodos de investigación, destacándose el método dialéctico materialista como el rector pues está implícito en cada momento de la investigación, presentando los diferentes cambios cualitativos que se producen. Además se usaron métodos teóricos, empíricos, estadísticos y de intervención comunitaria.

La novedad científica: Se ofrecen medios para mediante juegos contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río, los cuales van a ser desarrolladores y potenciadores de un proceso de socialización dentro de la comunidad, apoyada en una integración coherente de diversos referentes. Esta se manifiesta tanto en el orden teórico como práctico.

La contribución a la teoría de esta investigación consiste en la fundamentación teórica de la importancia de los medios terapéuticos para el alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años.

Significación práctica: Está dada en que pueden usarse los medios en el tratamiento por los especialistas, por técnicos de la Escuela Comunitaria en la comunidad, por familiares e interesados en el alejamiento de las crisis de los implicados.

Se ofrece la contextualización práctica de los medios con la práctica sistemática de los pacientes en el área terapéutica, como una vía para el trabajo comunitario en el Consejo Popular “Capitán San Luís”, para niños entre 8/10 años, dirigida a potenciar la socialización en la comunidad y la eliminación de estos padecimientos.

La tesis está estructurada en dos capítulos, en el primero se plasman los antecedentes del asma bronquial en el mundo y en cuba, la comunidad en estudio y los juegos y un segundo capítulo que trata sobre el tratamiento del asma bronquial y la propuesta de medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis.

## **Capítulo I. Marco teórico referencial.**

### **1.1 La comunidad.**

Muchas definiciones de comunidad se encuentran en la literatura sociológica, pedagógica, psicológica y de otras ciencias. Es un tema complejo, ya que existen muchos criterios, tanto en el lenguaje popular como en el lenguaje científico. Al hablar de comunidad se hace énfasis en los asentamientos humanos, que en realidad no constituyen una comunidad, aunque si son la premisa de su formación. Es en estos asentamientos humanos donde comienza, en un determinado territorio, a compartirse una historia que aparece por la propia interacción social que se establece en función de satisfacer sus necesidades y donde se plantean los mecanismos sociales que parten de las leyes generales de la sociedad. Es en esta interacción social, en esa relación individual y grupal, donde se van desarrollando sentimientos de pertenencia o de bien común. Es en el accionar continuo individuo-sociedad donde las personas llegan a armonizar y establecer acciones permanentes que tienden a un mismo fin, se constituyen en unidad social, tendientes a favorecer el crecimiento individual y social.

María Teresa Caballero Rivacoba en “El trabajo comunitario. Valoraciones teóricas de su realización en la realidad cubana actual” destaca que el objetivo principal del trabajo comunitario es transfigurar la comunidad, siempre, mediante su protagonismo en la toma de decisiones, de acuerdo con sus necesidades, a partir de sus propios recursos y potencialidades, favoreciendo cambios en los estilos y modos de vida, en correspondencia con sus tradiciones y el fortalecimiento de su actividad económica y sociopolítica.

Asegura que las características del trabajo comunitario están vinculadas al carácter histórico-concreto, el objetivo, a lo propio de cada comunidad, al carácter

interdisciplinario, participativo, humano; que sea factible económico y socialmente, además, medible, sistemático y programado. Debe ser un componente de la estrategia de desarrollo social de cada nivel de administración y gobierno.

El estudio y desarrollo del trabajo comunitario cobra en la actualidad singular importancia dados los cambios que se están operando tanto en el marco internacional, como nacional que se reflejan en la vida de la comunidad. En esta perspectiva reconocer las bases teórico metodológicas del desarrollo en distintas regiones del mundo y particularmente en Cuba es una necesidad, dada la importancia que cobran los esfuerzos de organizaciones y propuestas para lograr la participación del pueblo en el conocimiento y enfrentamiento a los diversos dilemas y problemas que las presentes y futuras realidades demandan.

El término “comunidad” es uno de los más utilizados en las ciencias sociales contemporáneas, pero al mismo tiempo es de toda evidencia que tanto en el lenguaje corriente, como en el científico, el término designa una amplísima gama de realidades, que se hacen complejas de definir y clasificar para su estudio. En la literatura especializada aparecen variadas definiciones de comunidad, que están en dependencia de los diferentes momentos o períodos en que cada autor ha hecho un análisis de la comunidad, de los intereses investigativos que ha tenido cada autor, de la experiencia individual de quienes tratan el tema, así como del tratamiento que ha tenido el mismo desde distintas ciencias. También encontramos que la definición varía en muchos momentos debido a períodos históricos como el advenimiento de la modernidad y el surgimiento de las ciudades.

El Dr. Martín González (2006) define en su tesis doctoral, que “...la comunidad puede ser definida como un grupo de personas en permanente cooperación e interacción social, que habitan en un territorio determinado, comparten intereses y objetivos comunes, reproducen cotidianamente su vida, tienen creencias, actitudes, tradiciones, costumbres y hábitos comunes, cultura y



valores, que expresan su sentido de pertenencia e identidad al lugar de residencia, poseen recursos propios, un grado determinado de organización económica, política y social, y presentan problemas y contradicciones”. (51, 56)

Varios autores han aportado su visión de comunidad, partiendo de indicadores que forman parte de su interés de estudio, así tenemos que:

Augusto Comte asegura que la reestructuración de la comunidad es una cuestión de urgencia moral. En su concepción acerca de la familia, la Iglesia, y la ciudad, aparece evidenciada su pasión por la comunidad moral en todos los niveles de la pirámide social. Rechaza con fuerza la perspectiva individualista, pues desde su enfoque, la sociedad es reductible solamente a elementos que comparten su esencia, a grupos y comunidades sociales.

Robert Mcleever: define comunidad como cualquier círculo de gente que vive junta, relacionándose entre sí, de modo que no participa en este ni en aquel interés particular, sino en todo una serie de intereses suficientemente amplios y completos para incluir sus propias vidas en una comunidad.

Así podemos llamar comunidad a una tribu, a una aldea, a una ciudad, a una nación.- La marca de una comunidad es que la propia vida puede ser vivida en su totalidad dentro de ella. Robert Nisbet (69,24) escribe en su obra “desde aquella época, la comunidad se convirtió en el medio o la vía para señalar la legitimidad de instituciones tan diversas como el Estado, la Iglesia, la familia, los sindicatos, los movimientos revolucionarios, la profesión, la cooperativa”.

Salvador Giner (51, 49), en “Sociología. Naturaleza de la sociología. Definición de la sociología”, expone que un grupo es ” ...un número de individuos los cuales se hallan en una situación de mutua integración..., relativamente duradera. El elemento numérico varía...Estas colectividades son grupos en tanto que sus miembros lo son con un cierto grado de conciencia de pertenencia y, por

ende, actúan de un modo que revela la existencia grupal...son grupos sólo aquellas colectividades cuyos miembros demuestran poseer conciencia grupal, cohesión en la acción e integración mutua...el hombre existe siempre a través de los grupos sociales...”; más adelante señala que “...todos los grupos humanos pueden ser concebidos como subgrupos de otros...el único grupo que en realidad no es subgrupo de ningún otro es el más vasto i difuso de yodos: la sociedad. Esta puede ser entendida como un grupo carente de grupos superiores, autosuficiente y territorial.” (51, 50).

Define a las comunidades como formaciones sociales de carácter emocional, basadas en el sentimiento, en el seno de las cuales cada individuo considera al otro individuo como un fin en sí mismo, en ellas los individuos se conocen personalmente, participan mutuamente en sus vidas privadas. Los miembros de estas formaciones valoran su relación intrínsecamente, por sí mismos, por su propia valía. En esta definición Giner dejó bien claro que se habla de una comunidad cuando los sentimientos son primordiales para un grupo. Pues dentro del grupo se convive, se comparten las vivencias y hasta el destino personal de sus miembros.

Yolanda Doménech López en “Introducción al Trabajo Social con grupos”, establece que el grupo constituye la piedra angular de la sociedad; entre sus características destaca el número restringido de miembros; que persiguen idénticos fines; mantienen intensas relaciones afectivas o pueden aparecer subgrupos de correlaciones; marcada interdependencia de sus miembros pero con amplios huellas de solidaridad; diferenciación de los desempeños entre sus componentes; constitución de normas, creencias inherentes al grupo.

Plantea que la multitud está formada por la reunión de un número grande de personas en un mismo lugar, estableciéndose pocas relaciones y comunicaciones. Aquí el individuo mantiene un comportamiento distante a lo que no satisfaga sus necesidades.

Ve en la masa a un compuesto social, con sus elementos aislados, con composición heterogénea.

Sobre lo anterior, destaca que Anzien se refiere, a las características de los grupos, resumidas en (37, 154) las siguientes:

1. Al número restringido de miembros, donde cada uno pueda tener una percepción individualizada de cada uno de los otros, es decir, ser percibido recíprocamente por él y que puedan tener numerosos intercambios individuales.

2. La percepción de los mismos fines del grupo, donde exista determinada permanencia, posesionados como fines del grupo, que respondan a diversos intereses de los miembros.

3. El establecimiento de relaciones afectivas entre los miembros que puedan hacerse intensas (simpatías, antipatías, etc.) y la constitución de subgrupos de afinidades.

4. La presencia de aguda interdependencia de los miembros y sentimientos de solidaridad.

5. La diferenciación de las funciones entre los miembros.

6. La constitución de normas, de creencias, de señales y de ritos propios al grupo (lenguaje y código del grupo).

Para la estructura del grupo hay que estudiar los elementos externos (tamaño, edad, lugar de reunión, contexto del grupo) y los internos (objetivos, normas, cohesión, roles).

Para que exista un grupo tiene que haber voluntad de sus integrantes para participar en acción conjunta que conlleve a la solución de un conflicto.

Los objetivos del grupo son los móviles que permiten su avance; los objetivos pueden ser varios; se dividen en dos clases, los relacionados al trabajo y los ligados al mantenimiento de la vida del grupo.

En las variadas definiciones de comunidad que hemos estudiado se encuentran la de René Koinig, quien la conceptualiza como: "una sociedad global de un tipo, que tiene unidad local, con un número definido de instituciones, grupos sociales y otros fenómenos internos y además una gran variedad de formas de asociación que operan dentro de los mencionados agrupamientos y también los esenciales contactos organizados desde el exterior de carácter sociales, económicos, legales, administrativos, etc.". (Citado por Anderson, (8,44).

Pozas, R citado por Arias (8, 8): plantea que,"el concepto de comunidad se utiliza para nombrar unidades sociales con ciertas características sociales que le dan una organización dentro de un área determinada.

F. Violich (80,43): define la comunidad como un "grupo de personas que viven en un área geográfica específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de problemas colectivos".

Otros autores también se han referido a la comunidad desde el punto de vista geográfico y todos llegan a la conclusión, más o menos aproximada, de que comunidad territorial es el conjunto de personas que se caracterizan por presentar una comunidad de relaciones respecto a determinado territorio económico, político y social.

Es necesario agregarle a esta última definición la aclaración de que la comunidad territorial agrupa a las personas que presentan algunos rasgos sociales comunes, independientemente de toda la variedad de diferencias clasistas, profesionales, demográficas y otras.

Dentro de este grupo de puntos de vista que tienen en común la territorialidad, se encuentra el concepto que brinda Yolanda Doménech López y un colectivo de autores cubanos, que realiza un Proyecto de Programa sobre Trabajo

Comunitario Integral en todo el país. Esta definición parte del espacio físico-ambiental, resume en sí el enfoque psicológico y modernista. Así queda definida la comunidad como: “el espacio físico- ambiental, geográficamente delimitado, donde tiene lugar un sistema de interacciones sociopolíticas y económicas que produce un conjunto de relaciones interpersonales sobre la base de necesidades. Este sistema resulta portador de tradiciones históricas e identidad propias que se expresan en identificación de intereses y sentido de pertenencia que diferencia al grupo que integra dicho espacio ambiental de los restantes”. (37, 153). Estos autores plantean como elemento central de la vida comunitaria la actividad económica, sobre todo en su proyección más vinculada a la vida cotidiana, pero junto a la actividad económica, y como parte esencial de la vida en la comunidad, colocan las necesidades sociales como la educación, la salud pública, la cultura, el deporte, la recreación y otros.

En la literatura cubana, además de la definición ya mencionada, se encuentran otras muy variadas como la de Gómez Noguera (70,129) que define la comunidad como: “una agrupación de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, objetivo, o función común, con conciencia de participante, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto”.

Así podemos llamar comunidad a una tribu, a una aldea, a una ciudad, a una nación.

La marca de una comunidad es que la propia vida puede ser vivida en su totalidad dentro de ella. (70, 132).

## **1.2 Caracterización del Consejo Popular “Capitán San Luís”.**

Está constituido por once Circunscripciones, cuatro representantes y tres funcionarios. Se localiza en la parte central de la ciudad ocupa el mayor por ciento del casco histórico de la ciudad; se caracteriza por ser una zona densamente

poblada y relativamente comercial, con una arquitectura del siglo pasado (siglo XVIII VIXX) con edificaciones de mampostería y tejas, así como edificios de balcones neoclásicos que alternan con la modernidad.

Limita por el norte con el Consejo Popular “10 de Octubre” y por el noroeste con el “Celso Maragato”; por el sur con el Consejo Popular “Ceferino Fernández”; por el este, con el Consejo Popular “Carlos Manuel” y por el oeste con el “Hermanos Barcón”. El total de la población es de 13,547 habitantes; su densidad es de superficie. Predomina la población superior a los 40 años, aunque se destacan los jóvenes y en menor cuantía la de 0 a 15 años.

#### Principales problemas del Consejo Popular.

1. Vivienda con deterioro constructivo por su antigüedad y por las afectaciones de los ciclones; edificaciones republicanas en peligro de derrumbe, tales como los hoteles Comercio, Moderno, Presidente; los edificios “Teherán” y “40”.

2. Situación negativa en el abasto de agua y albañales (fosas obstruidas, sistema de drenajes y alcantarillado tupidos y con roturas); en las pinturas en viviendas y edificaciones, la ornamentación tanto estatales como particulares, viales, alumbrado público.

3. Deterioro higiénico ambiental (micro vertederos, suciedades en aceras, calles, portales).

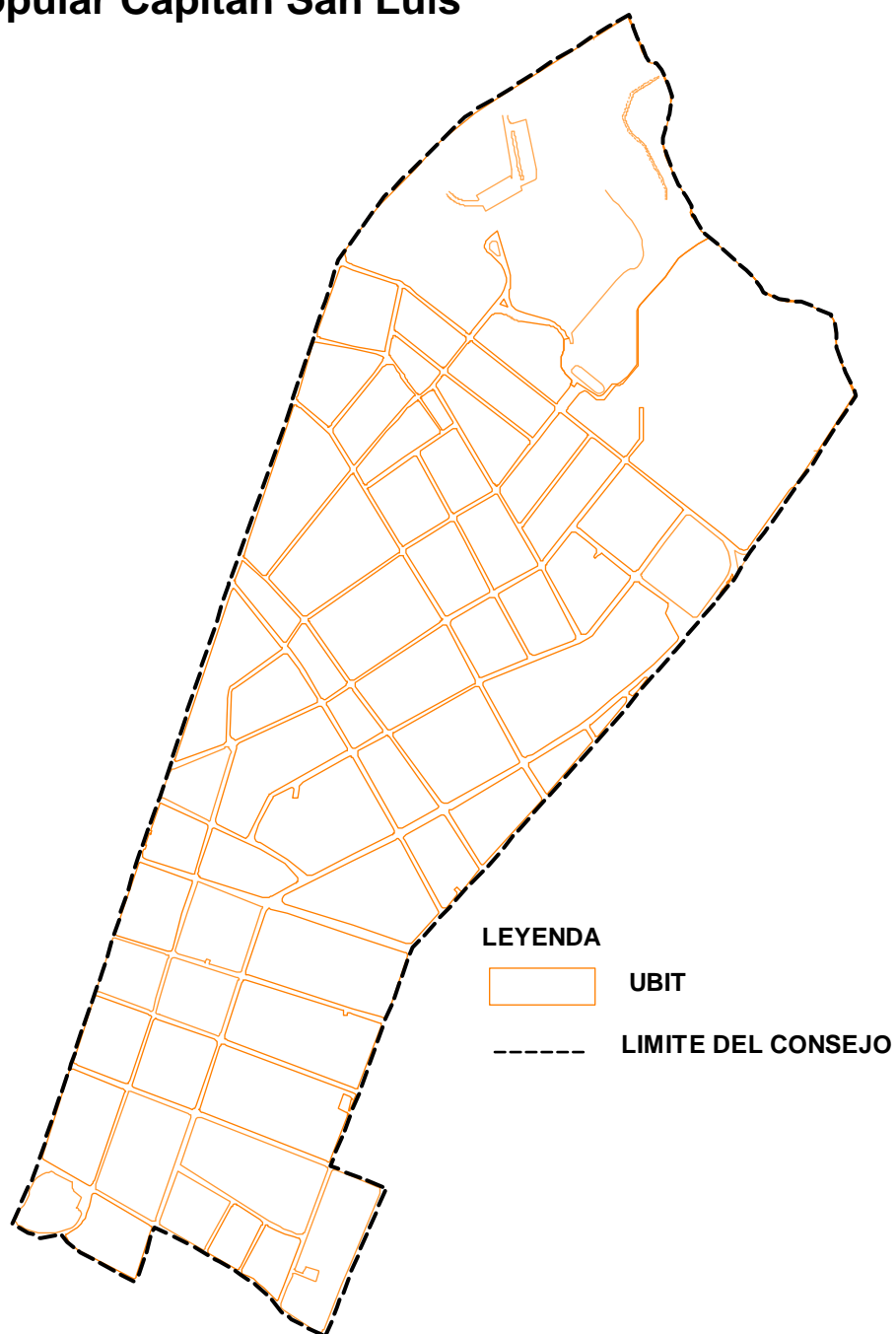
4. Insuficiente el servicio de teléfonos, en especial en los barrios centrales y periféricos.

5. Existencia de una población flotante que emigra hacia el centro comercial, sin estudiar ni trabajar; de personas asediando a los turistas y otra pidiendo en los centros de divisas y que expiden alimentos en cuc.

El Consejo Popular tiene establecimientos comerciales de industrias locales, instalaciones de salud como policlínico, sala de rehabilitación; centros

educacionales como la Facultad de Cultura Física; centros de servicio, de gastronomía y bodegas, carnicerías; centros deportivos como estadio de Pelota, Sala Polivalente, Centro de boxeo, gimnasios.

## Consejo Popular Capitán San Luís



### **1. 3 Características anatómicas-fisiológicas de los niños entre 8/10 años.**

La edad escolar está matizada por la actividad de estudio, la cual ocupa el centro de la vida del niño. En ella se producen cambios anatómicos y fisiológicos; se da la incidencia de la maduración sexual en hembras y varones, las nuevas formaciones psicológicas a favor del desarrollo de la personalidad, destacando con claridad el papel del grupo en esta etapa, así como las contradicciones que aparecen en el comportamiento motriz aún cuando se debe puntualizar por qué los mejores años para el aprendizaje motriz lo constituye la etapa de 9 a 12 años.

Se observan modificaciones sustanciales en todos los órganos y tejidos del cuerpo; se forman todas las curvaturas vertebrales: cervical, pectoral y de la cintura. La osificación del esqueleto aún no es completa, por lo que poseen gran flexibilidad y movilidad; aumenta la circunferencia de la caja torácica, cambiando en forma de cono invertido, favoreciendo la función respiratoria, acentuándose esto cuando se fortalezcan los músculos que tienen que ver con esa función en la parte del tronco; se robustecen los músculos y ligamentos, se acrecienta su volumen y se amplifica la fuerza muscular general.

Los grandes músculos se desarrollan antes que los pequeños; como los músculos pequeños aún están poco desarrollados, necesitan realizar un gran esfuerzo para los deberes escritos; la actividad cardiovascular se hace relativamente estable pues el músculo cardíaco crece intensamente y está bien abastecido de sangre, por eso su corazón es bastante resistente; el pulso sigue siendo acelerado, aproximadamente las pulsaciones por minuto oscilan entre 84 y 90, pero resulta mejor que en las edades anteriores. Aparece el desarrollo del área frontal del cerebro, fundamentalmente para las funciones superiores y complejas de la actividad psíquica; la relación de los procesos de excitación e inhibición varía. La inhibición se acentúa y contribuye al autocontrol.



Se intensifica la agudeza sensorial de la vista y el oído, conocen bien las formas y colores, saben diferenciar los tonos de los estímulos acústicos. El desarrollo del espíritu de observación es estimulado por el empleo correcto de materiales didácticos, esquemas, dibujos, demostraciones y explicaciones donde no solo es responsabilidad de los profesores de aula, sino también de los profesores de Educación Física, quienes deben velar porque el tratamiento de los contenidos se haga de forma verdaderamente comprensible y los alumnos aprendan claramente a separar las partes y los elementos necesarios objeto de estudio; mirar de forma correcta y atenta y advertir las particularidades de los objetos y fenómenos, implica no sólo pensar, sino ante todo contemplar; las posibilidades analíticas pueden alcanzar el nivel de síntesis.

La percepción del espacio se desarrolla, participando en juegos que demandan una percepción exacta de la ubicación de los objetos en el espacio y la determinación de la distancia entre ellos; es la más retrasada, entre los 7 y 8 años no perciben adecuadamente los tiempos rápidos y lentos y los tiempos cortos lo perciben demasiado lentos, y cuando son más largos, lo experimentan rápidos.

El maestro debe trabajar para lograr formar la atención voluntaria, por lo que en tercero y cuarto grado se obliga a sí mismo a concentrarse y puede organizar su atención; su estabilidad mejora; la atención puede conservarse durante 40 minutos aproximadamente; la intensidad dependerá del interés de los niños y del objetivo de la actividad.

La memoria en esta etapa va adquiriendo un carácter voluntario, intencionado; aumenta la posibilidad de fijar de forma más rápida y con mayor volumen de retención; aumenta la efectividad de la retención de los conocimientos expresados verbalmente.

La formación de conceptos con que opera el pensamiento en las primeras edades escolares, debe apoyarse en lo directamente perceptible, ya sean objetos

concretos o modelos. Se procede al desarrollo de las operaciones o procesos del pensamiento tales como son: el análisis, la síntesis, la abstracción y la generalización; la reflexión es una cualidad muy importante del pensamiento que le permite al niño hacer suposiciones (hipotetizar) así como autorregular su propia actividad, lo que favorece su desarrollo intelectual si se tienen en cuenta los intereses y necesidades de la edad, lo cual puede lograrse utilizando la vía del juego.

Al finalizar el cuarto grado, el análisis reflexivo debe unirse a la flexibilidad, de ahí que el maestro no se anticipe a los razonamientos del niño; en quinto, tienen todas las posibilidades para la asimilación consciente de los conceptos científicos y para el surgimiento del pensamiento que opera con abstracciones, donde los procesos lógicos de análisis, síntesis, comparación, clasificación y generalización deben alcanzar niveles superiores en el plano teórico; trabaja en el plano concreto y opera a nivel de abstracciones, hace deducciones (parte de lo general a lo particular), llega a conclusiones.

Al finalizar esta edad escolar primaria, debemos estar en presencia de un pensamiento lógico-reflexivo que opere en el nivel teórico, de hecho ya la mayoría de los alumnos efectúan generalizaciones en el plano de las representaciones anteriormente acumuladas, a través del análisis y la síntesis intelectual; en esta etapa se desarrolla el lenguaje coherente, el cual se convierte en premisa y consecuencia de la enseñanza que recibe el niño, ya que resulta necesario para la comprensión de los diferentes contenidos; se despliega la capacidad de expresar lo aprendido, de forma comprensible para los demás; el lenguaje escrito va a ser un aspecto que contribuye a la coherencia del lenguaje hablado, al situar al niño ante la necesidad de estructurar de forma adecuada sus expresiones verbales.

La formación de conceptos con los que opera el pensamiento en las primeras edades escolares, debe apoyarse en lo directamente perceptible, ya sean objetos concretos o modelos. Se procede al desarrollo de las operaciones o procesos del

pensamiento tales como son: el análisis, la síntesis, la abstracción y la generalización. Al finalizar el cuarto grado, el análisis reflexivo debe unirse a la flexibilidad, de ahí que el maestro no se anticipe a los razonamientos del niño. En quinto grado, los alumnos tienen todas las posibilidades para la asimilación consciente de los conceptos científicos y para el surgimiento del pensamiento que opera con abstracciones, donde los procesos lógicos de análisis, síntesis, comparación, clasificación y generalización deben alcanzar niveles superiores en el plano teórico; este escolar ya no sólo trabaja en el plano concreto, sino que opera a nivel de abstracciones, hace deducciones (parte de lo general a lo particular), llega a conclusiones.

El carácter de la comunicación que establece el niño con los coetáneos, padres y maestros, se convierte en fuente de profundas vivencias, de valoración de su conducta y de bienestar emocional, por cuanto aún la regulación del comportamiento no posee una determinación esencialmente interna.

Los objetivos perspectivas no resultan reguladores de la conducta, por ello el maestro debe dividirlos en objetivos concretos e inmediatos para su cumplimiento. Al final de la edad los niños orientan su comportamiento no solo por los objetivos planteados por los adultos, sino también por otros que se auto proponen conscientemente, buscando premeditadamente y encontrando los medios para su logro, enfrentando los obstáculos que aparecen.

Comienzan a participar en la regulación de la conducta del escolar primario, formaciones psicológicas complejas como son los ideales y la reflexión. Al final de esta etapa del desarrollo psíquico, está presente el surgimiento de un pensamiento conceptual, activo, reflexivo, crítico e independiente; siendo cada vez más protagónica la actuación del escolar primario; hay mayor estabilidad de la esfera motivacional, que con el surgimiento de cualidades morales como son la responsabilidad, la laboriosidad y la solidaridad, le permiten a este escolar un mayor control sobre su conducta.

El grupo y la valoración social que recibe el niño como integrante del mismo, se convierte en vía de formación de sentimientos y cualidades morales en la medida en que el niño se somete a un conjunto de reglas y exigencias con las que se siente comprometido, por tanto asimila y hace suyas, lo que contribuye al desarrollo de la autovaloración y de los ideales, formaciones que lograrán una mayor estabilidad en la siguiente etapa. El escolar comienza a participar en actividades extradocentes la cual contribuye al desarrollar de intereses variadas. La actividad de juego se amplía y complejiza, el juego de roles continúa desarrollándose, cambia en cuanto a duración, temas y contenidos, y aparece el juego de reglas, el cual es practicado con sistematicidad, subordinándose a determinadas normas y regulaciones; las reglas en esta edad son sagradas e intangibles, de origen adulta, y toda modificación constituye una trasgresión.

El grupo escolar y la posición que el niño ocupa dentro de éste, se convierte en motivo fundamental de su conducta que se manifiesta sobre todo en situaciones fuera de la escuela tales como el juego, lo que juega un importante papel en el desarrollo de la personalidad. Las normas que regulan las relaciones sociales entre sus miembros, primeramente tienen un carácter externo, las establece el maestro, el colectivo pedagógico, posteriormente se interiorizan operando en ello la opinión social de los escolares; las características que determinan la aceptación del niño en el grupo son: la iniciativa, la independencia, las habilidades físicas, el cumplimiento de normas de conducta social y el éxito docente, entre otras.

En la escuela aparece una nueva figura cuyas opiniones serán determinantes para el niño en los primeros grados escolares; el maestro constituye una autoridad que aceptan sin reservas hasta aproximadamente el cuarto grado, y sus criterios influirán de manera decisiva en el desarrollo de la autovaloración, y su aceptación o rechazo en su bienestar emocional; los escolares se dirigen a él por los más diversos motivos, desde los casuales y superficiales hasta los más

profundos y personales; los niños comparten con franqueza sus preocupaciones, vivencias y acontecimientos con el maestro. La familia también le exige al escolar el cumplimiento de sus responsabilidades.

Aparece una sobriedad de los movimientos, se expresa una evolución paulatina hacia una ejecución más ajustada a los fines, desapareciendo los movimientos innecesarios, ellos son más precisos, aumentando la comprensión de las tareas motrices: la ejecución de los ejercicios vinculados al mantenimiento del equilibrio, los saltos de longitud y altura, las carreras y los ejercicios de coordinación compleja que exigen una concentración especial de la atención; se deben evitar los ejercicios tales como: los saltos en el lugar y con palmadas pues provocan excitación acompañada de distracción y disminución de la estabilidad de la atención. Es importante practicar ejercicios, juegos y actividades deportivas acordes con la edad, .continuar con el desarrollo de las capacidades físicas y de las habilidades motrices .básicas y deportivas.

Quinto y sexto grados es la etapa culminante del desarrollo motor. Hay gobierno consciente del movimiento expresado en el dominio, la seguridad, precisión y rapidez mayor, existiendo marcada economía y funcionalidad.; aumenta el ritmo motor, aunque no alcanza el nivel óptimo; se amplía asimismo la sensibilidad a los ritmos musicales. Está bien desarrollada la capacidad de anticipación a los movimientos propios y ajenos. Se manifiesta la rapidez en el aprendizaje de nuevas acciones, así como la adaptación cinética a diversas condiciones; aumentan considerablemente las capacidades de fuerza, rapidez, movilidad y coordinación.

Debe manifestarse un desarrollo acorde a la edad, de las habilidades motrices básicas y deportivas, en las actividades físicas, deportivas y recreativas que realizan los escolares, así como estar conscientes de la necesidad de auto ejercitarse para mantener su organismo en un buen estado las formas básicas lanzar y alcanzar se ejercitan al mismo tiempo y se desarrollan conjuntamente.

La rapidez de desarrollo depende en gran manera de las posibilidades de ejercicio y estímulos de movimiento que se le ofrecen al niño. El lenguaje va sustituyendo paulatinamente el estímulo directo; el niño es cada vez más capaz de reaccionar adecuadamente a las instrucciones orales, si estas se formulan de acuerdo con las vivencias infantiles. La reacción motriz ante el carácter de impulso del lenguaje va completándose paso a paso con la reacción más exacta según el contenido. El niño adquiere en este periodo la combinación carrera-salto; se ensaya la combinación carrera-lanzamiento. Así como lanzar-alcanzar y viceversa.

Hay que proporcionarle al niño posibilidades de adquisición amplia y de movimientos, mediante un medio ambiente conveniente y estímulos conscientemente orientados.

El desarrollo motor ha alcanzado, un grado relativamente alto; la forma de los movimientos es relativamente armónica, fluida y equilibrada; todos los movimientos son aún algo imprecisos; presentan frecuentes desviaciones y producen la impresión de ir un poco desmandados. En la edad escolar se presenta una evolución paulatina hacia una ejecución más ajustada a los fines; se lleva a cabo lentamente y debe verse en estrecha conexión con la movilidad, que constituye un rasgo fundamental del comportamiento motor en esta edad; por ello se entiende lo siguiente: casi todos los estímulos externos, todas las percepciones, todas las impresiones, los traducen los niños en movimientos. El niño está continuamente en movimiento y basta el más mínimo estímulo para impulsar esta movilidad.

En el curso del período escolar es cuando el niño aprende paulatinamente a dominar su pasión de movimiento y de traducir inmediatamente en actos cualquier impresión externa. La movilidad infantil se hace notar en los dos primeros años de escuela con relativo vigor, mientras que en el tercer año aparece ya claramente la tendencia a una mayor parquedad de movimientos; el niño ya puede empezar a concentrarse más tiempo en una actividad determinada y ya no le distrae cualquier cosa.

En los primeros años de escuela se dan diferencias entre niños y niñas, en el sentido que las niñas muestran preferencia por movimientos distintos de los que efectúan los niños; eso motiva ciertas diferencias en los resultados, por ejemplo en los lanzamientos, y diferencias cualitativas en los movimientos no ejercitados; estas diferencias no se manifiestan apenas en los casos en que las niñas crecen en medio de grupos de niños y trepan con ellos, juegan a fútbol, etc., por ello podemos suponer que, también en esta edad, lo que determina las diferencias de conducta motriz entre niños y niñas es esencialmente el ambiente y la educación.

Formas que se desarrollan especialmente y alardes motores pueden llegar a alcanzarse:

a) Correr es la forma predominante de movimiento de los niños de esta edad en sus actos y juegos realizados de forma libre y espontánea. Si la carrera se efectúa con un fin determinado, se aproxima ya mucho, en lo morfológico y biomecánico, a la manera de correr del adulto; los movimientos son armónicos y fluidos; la estructura dinámica y en fases está bien desarrollada; la manera de correr de los niños es muy elástica, pudiéndose sólo alegar que la presión sobre el suelo no es tan enérgica como en los años posteriores. En el estado de desarrollo de los primeros años escolares, todavía no es posible alcanzar una frecuencia más rápida en la ejecución de los pasos, como se da en el *sprint*, apreciable ya en los niños de 10 a 12 años.

La calidad de esta forma de movimiento hay que atribuirla a la profusión de ejercicio de la forma básica *correr* en la edad preescolar y escolar lo que lleva a una automatización de la ejecución. El desarrollo positivo observado en carreras con fines determinados no se da en todos los niños de la misma manera.

b) Saltar es una forma de movimiento que les gusta practicar a los niños en los primeros años de escuela, pero bastante menos que el correr; todavía no

puede hablarse de una automatización; esto se explica por un lado por el hecho comprensible de que el correr es un movimiento cíclico, mientras que el saltar es acíclico; por otro, no se dan, sobre todo para el niño de la ciudad, tantas posibilidades e incentivos. Se aprovecha en verdad, toda posibilidad de saltar desde alturas en parte ya bastante considerables, pero los saltos de altura y longitud se dan más raramente.

c) Lanzar es una forma básica cuyo estado de desarrollo es muy diverso en los niños de los primeros años escolares; el lanzamiento vigoroso con una mano, con transmisión adecuada del tronco al brazo, se da solo en pocos casos y solo cuando se utilizan pequeños objetos como la pelota. Si se lanza un balón grande, todavía se asegura con la segunda mano, pero el propio lanzamiento se efectuó cada vez con más frecuencia con un solo brazo. Las niñas, y parte también de los niños, prefieren al principio efectuar el lanzamiento con las dos manos de abajo hacia arriba. La estructura en fases y la transmisión de movimiento se hacen cada vez más patentes, el tronco participa progresivamente en el movimiento.

Las grandes diferencias individuales, y posiblemente también el retraso de las niñas respecto a los niños en el lanzamiento con una mano, pueden explicarse en gran parte, por la diferencia de oportunidades de jugar con la pelota. Con un ejercicio adecuado puede llegarse a alcanzar ya en la edad preescolar una destreza considerable, susceptible de mayor desarrollo en los primeros años de escuela.

d) Alcanzar, aplicada en primera línea a la pelota hueca de tamaño medio, está diversamente desarrollada en los primeros años escolares; encontramos en parte un alcanzar en el aire, sin llevarse la pelota al cuerpo y agarrándola activamente, incluso cuando no ha sido pasada con precisión; pero en muchos casos ocurre también que el niño se la lleva al cuerpo o no la alcanza si no se le lanza con precisión; el nivel de desarrollo depende principalmente del ejercicio realizado. Para poder alcanzar con libertad la pelota, aunque no haya sido lanzada *a las manos*, hay que haber desarrollado la facultad de anticipar la trayectoria y la



velocidad de la misma; la anticipación del movimiento de la: *pelota éonsfiwyeu'na*- condición indispensable; además de ello se necesita rapidez y seguridad de reacción, para poder alcanzar todavía el balón con unos pasos o un salto. Esta capacidad sólo la posee el niño en los primeros años de escuela muy limitadamente, mientras que la justeza de anticipación depende en gran parte del ejercicio.

e) Las combinaciones de movimientos fluidos presuponen, la anticipación del objetivo del movimiento siguiente haciendo que el anterior esté adaptado al posterior.

Parecida combinación de movimientos la constituye un salto con carrera de arranque una destreza que se adquiere ya en la edad preescolar. Otra combinación fluida, alcanzar y lanzar, no se acostumbra a lograr en la edad preescolar ni tampoco en el primer año de escuela; no puede empezarse a contar con la capacidad de combinar estas dos formas básicas, hasta llegados más o menos los 7 años. Otra combinación de movimientos es el lanzamiento con carrera de arranque. No hemos investigado la formación de ella, pero por lo general no cabe esperarla en los niños de los primeros años escolares.

En los primeros años de escuela se afirma la vinculación a las tareas y el niño comienza a moverse de forma más pertinente sin necesidad de encauzarlo continuamente; el interés por conseguir un fin determinado es tan grande, que pueden obtenerse mayores éxitos en la enseñanza; adquiere conciencia de la contradicción entre el propósito y la realización, lo que impulsa a la repetición y ejercitamiento del movimiento.

La movilidad, el afán de movimiento y la reacción inmediata a todo nuevo estímulo todavía impiden en el período preescolar y en los primeros años de escuela la concentración prolongada en una tarea. Durante este tiempo los niños aprenden también, generalmente fuera de la escuela y bajo la influencia del ambiente y de la educación, el manejo de instrumentos simples: martillean, cortan,

sierran, perforan, atornillan, trenzan, tejen, cosen, hacen labores de punto, etc.; en estas actividades tampoco se dan por satisfechos, como ocurría en la edad preescolar, con la ejecución pura y simple de los movimientos, sino que persiguen la finalidad específica de la actividad. Este hecho tiene especial importancia para la oportuna puesta en práctica del principio de la formación y educación politécnicas.

El desarrollo motor está determinado por la actividad humana, por la acción recíproca e interrumpida de la totalidad del organismo y el medio ambiente; existen sin embargo factores que ejercen una influencia especial en las distintas etapas de la vida; para el primer período escolar estos factores son el primer cambio de complexión, el inicio de la escuela y el estado de desarrollo de la actividad nerviosa superior.

a) El primer cambio de complexión. Es evidente que los cambios proporcionales hacen posible una dinámica más eficiente; las extremidades adquieren proporciones mejores para su función de palanca; al disminuir la parte correspondiente al tronco, mejora la relación peso fuerza se reduce el tejido adiposo y sus inconvenientes. Todo esto crea condiciones propicias para el desarrollo de todas las formas básicas. Cuando comprobamos que las distintas formas de movimiento se parecen ya mucho en lo morfológico y biomecánico a los movimientos de los adultos, debemos atribuirlo en gran parte al primer cambio complejo, que hace que las proporciones del niño se parezcan mucho ya a las del adulto.

b) El inicio de la escuela ocasiona algunos cambios en la vida del niño, que tienen también su importancia en el desarrollo motor; estaba casi continuamente en movimiento a consecuencia de su fuerte afán de acción pero en la escuela tiene que limitar sus movimientos durante algunas horas del día y permanecer sentado con relativa quietud. Esta limitación transitoria tiene. Además de

perjudicar la postura por estar sentado, otra consecuencia negativa: la opresión del afán de movimiento lleva a una *acumulación de excitaciones insatisfechas*. El afán de movimiento y la movilidad del niño irrumpen, se hacen patentes al término de las clases. La excitación acumulada se descarga de forma muy movida y también ruidosa. Ello hace que los niños se vean sometidos especialmente a peligros al volver de la escuela a casa, pues el desenfreno de la movilidad los lleva muchas veces a no guardar la precaución necesaria en medio del tráfico urbano. Esto no se da en tales proporciones en la ida de la casa a la escuela.

Esta acumulación de excitaciones se explica fisiológicamente por el hecho de que una inhibición de los movimientos induce un estado de excitación en la corteza cerebral, que va haciéndose más intenso hacia el final de la clase y apremia a la descarga.

La limitación durante horas de la movilidad (condicionada por la necesidad de someterse al proceso de enseñanza y al orden escolar) influye negativamente sobre el desarrollo motor.

c) El estado de desarrollo de la actividad nerviosa superior y la estructura del sistema nervioso también alcanzan una importante etapa de su desarrollo; hasta este tiempo el cerebro ha aumentado considerablemente de tamaño y prosigue su desarrollo. La dinámica de los procesos nerviosos se desarrolla en el sentido de que se crea un equilibrio entre las excitaciones e inhibiciones, que caracterizará el comportamiento motor del periodo siguiente; la implantación de este equilibrio es en lo esencial el resultado de una confrontación consciente con el medio ambiente, el resultado de una actividad consciente.

Todas las formas básicas del movimiento deportivo están ya desarrolladas y automatizadas, por lo que pueden incluirse en la enseñanza aumentando paulatinamente el grado de dificultad. Los saltos con carrera ya son practicables; para que esta destreza vaya desarrollándose, debe ser ejercitada de forma variada y metódica. La carrera es el movimiento fundamental de los niños en esta edad. El lanzamiento con pelotas de todas clases y tamaños necesita también ser

ampliamente ejercitado, sobre todo por las niñas; lo mismo hay que decir del alcanzar. Para ir perfeccionando la combinación fluida de lanzar y alcanzar (o viceversa), pueden incluirse en la clase \ juegos apropiados de pelota; hay que ejercitar profusamente el alcanzar con seguridad las pelotas que no se reciben con exactitud.

## **1.4 Asma Bronquial.**

La presencia en nuestro país de personas portadoras de asma bronquial es elevada, según los reportes emitidos por la Comisión Nacional de Asma. Las primeras manifestaciones clínicas del asma bronquial se conocen desde hace más de tres mil años, pero a pesar de esto, fue necesario esperar hasta la época de la medicina griega para encontrar descripciones de la enfermedad, por ejemplo Hipócrates (660 años a.n.e.) escribió acerca del asma y precisamente el nombre de la enfermedad se deriva del griego, significa jadeo; "...constituye una enfermedad obstructiva, caracterizada por una hipersensibilidad de la tráquea y los bronquios a diversos estímulos fundamentales, al exponerse a determinadas sustancias determinadas alógenos, lo cual produce una obstrucción de las vías aéreas, cuya manifestación son la bronco-constricción, hipersección y edema de mucosa bronquear". (Tomo II Medicina General Integral) (53, 32). Ocupa el primer lugar como padecimiento respiratorio crónico y por sus características en su inicio los médicos la reconocen con diferentes nombres: Bronquitis asmática, bronquitis sibilante, bronquitis obstructiva, etc., y no se trata generalmente en forma adecuada. (53, 67).

De forma general, puede decirse que el asma se observa en todas las razas, estratos sociales y regiones del orbe. (53, 98) Esta enfermedad requiere de la convergencia de múltiples disciplinas para su enfoque fisiopatológico, diagnóstico y terapéutico. Es necesario un enfoque multidisciplinario producto que es una

enfermedad multicausal. Esto hace que cada especialista que intervenga para mejorar la salud del paciente, la defina atendiendo a su disciplina.

Actualmente su concepto ha variado, considerándosele como un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas en la cual muchas células juegan su papel, incluyendo las células cebadas y los eosinófilos. En individuos susceptibles ésta inflamación causa síntomas, comúnmente asociados con una obstrucción amplia pero variable del flujo de aire, que es frecuentemente reversible tanto espontáneamente como con tratamiento y causa un incremento asociado en la reactividad de la vía aérea ante una amplia variedad de estímulos. (Reporte de consenso internacional sobre diagnóstico y tratamiento del asma) (53, 90)

Se caracteriza por las amplias variaciones en la expresión de la enfermedad y por la frecuencia con la que se encuentran, en el mismo paciente, múltiples factores implicados; de hecho, es poco probable que un solo factor causal sea responsable de todas las alteraciones que acompañan al asma, aunque, por supuesto, un agente concreto puede ser el responsable de los síntomas en un momento de la evolución. La crisis de asma aparece cuando se produce el momento parosistático de todos los síntomas de asma, disnea respiratoria con tos silvilancia y sensación de obstrucción debido al espasmo de los bronquios, siendo su duración es variable; dura el tiempo que el paciente se encuentre en crisis; los objetivos fundamentales son lograr una ventilación lo más normal posible, eliminar la obstrucción de las vías aéreas y lograr una relajación o distensión psicossomática. Durante el tiempo que dure esta etapa, solamente se deben realizar ejercicios de estiramiento y de relajación, así como adoptar posturas que faciliten la expulsión de secreciones. Las sesiones de ejercicios tendrán una duración de 15 a 20 minutos, culminando una vez que el paciente sale de la crisis y puede incorporarse a la etapa siguiente. A diferencia de lo anterior, la etapa de mantenimiento, dura toda la vida y se desarrolla durante todo el tiempo que el paciente se encuentre estabilizado de su enfermedad, pudiendo en determinados momentos y por disímiles causas, retornar a la etapa de crisis, teniendo como

objetivo fundamental alargar el tiempo ínter crisis y mejorar la condición física de los pacientes.

Dentro de una clasificación etiológica del asma bronquial es necesario hacer mención de determinadas formas especiales de asma como: el asma inducida por ejercicio y la ocupacional. La primera es un fenómeno que puede ocurrir de forma aislada o en asociación con cualquier tipo de asma. Muchos pacientes experimentan obstrucción de las vías aéreas de 5 a 20 minutos después de completar el ejercicio o en el curso del mismo, por un mecanismo que parece incluir el enfriamiento, la sequedad relativa de la vía aérea secundaria al aumento de la ventilación y la pérdida de calor de la vía aérea; la segunda es producida por la inhalación de humos industriales, polvos y emanaciones que se encuentran en el lugar de trabajo. Se han descrito cuatro patrones de respuesta en el asma ocupacional: Inmediata exclusiva, tardía exclusiva, dual, y nocturna recurrente durante varios días. Estos pacientes, aunque variando según el tipo de respuesta que muestren, suelen mejorar fuera de su lugar de trabajo, durante las vacaciones, fines de semana y períodos de baja. Las revisiones recientes describen varios posibles mecanismos patogénicos para el asma ocupacional, variando desde la simple reacción irritativa en pacientes con hiperactividad bronquial (por ejemplo, CO<sub>2</sub> ó NO<sub>2</sub>) a las reacciones antígeno-anticuerpo.

En correspondencia con los últimos consensos internacionales (anexo 24), en cuanto a la clasificación, considerando la evolución clínica, existen la intermitente o episódico, la persistente, la moderada y la severa. Si la enfermedad cursa con crisis de disnea con intervalos asintomático, estamos en presencia de la primera; si los síntomas son más o menos permanentes y sostenidos, con exacerbaciones periódicas, sin que interfieran con las actividades cotidianas, de sencillo control farmacológico, entonces, se constata la persistente; la tercera es cuando en ocasiones, interfieren con las actividades normales, y a veces, requieren terapias más agresivas para su control; por último, las severas, son las que interfieren

seriamente con las actividades cotidianas, implican un control exhaustivo y politerapia, o cursan con episodios que ponen en peligro la vida (status asmático).

La aplicación de ejercicios físicos con fines profilácticos y medicinales para lograr un rápido y complejo restablecimiento de la salud, de la capacidad de trabajo y la prevención de las consecuencias de los procesos patológicos, se ejecuta a través de la cultura física terapéutica. En ella, a través de la utilización de todos los medios que permiten lograr la curación completa del enfermo y su preparación para el trabajo, así como su lugar en la sociedad, se lleva a efecto la rehabilitación. Los métodos citados pueden ser medicinales, psicológicos, psicoterapéuticos, sociológicos, laborales, factores naturales, y cultura física terapéutica.

El ejercicio físico está considerado, tanto como una acción concreta, como el proceso de repetición de una acción determinada. La palabra ejercicio significa la repetición dirigida de la acción con el objetivo de influir sobre las propiedades físicas y psíquicas del hombre y la perfección de forma de ejecución de estación. En lo físico se refleja el carácter del trabajo realizado, manifestándole en su forma de desplazamiento, del cuerpo humano y de sus partes en el espacio y el tiempo. Si se aplican ejercicios, deben ser mediante un sistema de ejercicios terapéuticos, por componer el conjunto de ejercicios que forman parte de la terapia o tratamiento de una patología.

Como la respiración es la función mediante la cual se efectúa cambios gaseosos entre los tejidos vivos y el medio exterior, por medio del cual el individuo toma del aire el oxígeno que cambia la sangre impura o venosa en sangre pura o arterial, en la mayoría de las ocasiones, se utilizan ejercicios respiratorios, los cuales, son acciones mecánicas del hombre, que están en correspondencia con la dinámica respiratoria; con ellos se fortalecen los músculos que participan en la inspiración y espiración. Ese tipo de ejercicio es importante porque el aparato respiratorio del hombre y de los animales comprende esencialmente la nariz la

boca por donde se verifica la inspiración y espiración del aire, la laringe, la traquea arterial y el pulmón, órgano doble situado en el pecho y en el que circula el aire por los canales infinitamente ramificados de los bronquios; el movimiento mecánico del diafragma y de los arcos intercostales produce unas 16 veces por minuto la inspiración y espiración del aire.

En el presente trabajo se hallan los conocimientos que exponen una visión más amplia e integral de la atención al paciente asmático, a partir de la intervención del ejercicio físico con medios, como terapia no farmacológica, que le permita al profesional de la cultura física realizar una intervención más efectiva sobre la base de los conocimientos expuestos y tomar decisiones acertadas con relación a la planificación, organización y aplicación de ejercicios de cultura física terapéutica, para contribuir con las otras acciones de salud que se le tributan a este paciente a controlar la frecuencia y severidad de sus crisis de asma y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Las orientaciones, recomendaciones y normas están sustentadas en el que hacer diario de los profesionales de la cultura física y constituyen experiencias de avanzada en la aplicación del ejercicio físico en la atención a los pacientes asmáticos.

Concepto de medios de enseñanza y subsistema.

Como medio de enseñanza se denomina: “Todos los medios materiales necesitados por el maestro o el alumno para una estructuración y conducción efectiva y racional del proceso de educación e instrucción a todos los niveles, en todas las esferas de nuestro sistema educacional y para todas las asignaturas, para satisfacer las exigencias del plan de enseñanza”.

Respecto a la clasificación de los medios de enseñanza es conveniente: dividir los medios de enseñanza en dos grupos principales:

- Medios de enseñanza generales.
- medios de enseñanza específicos de una asignatura.



### **1.5 El juego, teorías, características e importancia.**

El juego es la acción de jugar, divertirse, recrearse; se realiza con varias personas o de forma individual. A través de diversos períodos históricos, muchos autores de varios países, observando el juego infantil, han tratado de esclarecer el origen de esta interesante actividad, no obstante aún existen algunos puntos de vista en análisis y discusión, pero todos coinciden en plantear que en todas partes del mundo, donde han apreciado sociedades humanas, han existido los juegos.

El destacado filósofo marxista Plejanov quien establece el carácter social del juego refutando las teorías burguesas de que los juegos se realizan por instintos biológicos; expone la concepción materialista del origen y de esencia de los juegos en sus trabajos sobre el arte donde señala, el trabajo y la vida cotidiana. Los profundos estudios sobre los hechos históricos, le permiten llegar a la conclusión que el “juego es el hijo del trabajo “.

El juego es producto de la actividad, en la que el hombre transforma la realidad y modifica el mundo; su carácter en el hombre estriba en la actividad de transformar la realidad reproduciéndola.

Si bien la evolución del niño y la necesidad de sus juegos, se nos presentan como realidades universales, no por ello deja de estar el juego enraizado en lo más profundo de los pueblos, cuya identidad cultural se observa a través de los juegos y los juguetes creados por ellos. La práctica de los objetos lúdicos es infinitamente variada y están marcados profundamente por características étnicas y sociales específicas.

Al estudiar las etapas esenciales del desarrollo psíquico del niño, tal como se traduce a través de sus juegos, se observa frecuentemente la estrecha dependencia con respecto al medio, cualquiera que sea el objetivo o punto

de vista con que se analiza, hay que tener presente, que el juego del niño está en relación directa con la sociedad en que vivimos.

Joaquín Comerarlus (1500—1574) (25,68) publicó en 1544 “Diálogo de Gimnasia”, donde declara que los muchachos deben ser animados a practicar carreras, saltos, esgrima, y juegos con pelotas al aire libre. En todos sus diálogos describe a su interlocutor un modelo de escuela popular con instalaciones bajo techo, tales como barras, sogas de escalamientos, etc. y espacios para jugar al aire libre.

Sobre la importancia de Educación Física y como parte de ella los juegos, para lograr una educación integral se pronunciaron otros hombres de la época como: Miguel de Montalgne, Ricardo Mulcaster.

El pedagogo cubano el doctor Alfredo M. Aguayo, según Mayra Amparo, también le concedió gran importancia e interés a la actividad, en tal sentido destacó que el juego constituye un motivo y factor de desarrollo en la educación integral del individuo que puede y debe utilizarse en todas las enseñanzas de la escuela.

Todos esos hombres mencionados, tuvieron presente que para lograr una educación integral es imprescindible la educación física y dentro de ella los juegos.

No podemos verlo solo en el aspecto educativo, sino también en el aspecto instructivo posibilitando la apropiación de experiencias cognoscitivas .motrices, sociales; influyen en el desarrollo físico a través de diversas situaciones públicas que contribuyen al desarrollo de capacidades físicas fundamentales. Los juegos son un fenómeno socio-histórico, sin embargo una serie de teorías burguesas analizan el juego simplemente como un fenómeno biológico. En Cuba los juegos toman su verdadero valor educativo y formativo donde es un derecho de todo el pueblo que se plasma hasta en la constitución, se utiliza para formar a través de

ellos un nivel científico y sobre todo de garantizar la salud y el bienestar del pueblo.

El juego es un fenómeno social que surge y se transforma con la sociedad, responde a los intereses de las clases y constituye una necesidad para el hombre; es parte de la vida del hombre, desde su forma más simple hasta la más compleja; en la misma manera que el hombre se ha ido desarrollando los juegos lo han hecho también, desde aquel juego sencillo de pelota de piedra, cuero y otros materiales de la época primitiva hasta los más populares juegos deportivos de nuestros días, además de los que proponemos con medios para los pacientes asmáticos.

El niño e incluso, el animal joven, juegan sin estar cansados ni ocupados y consecuentemente no tienen que descansar ni distraerse, pues no existe ninguna actividad anterior que lo provoque.

El juego en el adulto si es actividad recreativa, donde al poner en marcha determinadas fuerzas físicas o intelectuales que aparecen en su trabajo, explica que el adulto descanse de una actividad intelectual mediante ejercicios físicos; en este caso es actividad secundaria compensativa de lo fundamental que es el trabajo.

Una de las principales ideas de Spencer expuestas en su teoría es la de ver el juego como una post-vinculación de los actos adultos. Mayra Amparo señala que, Kari Gross, (5,91) basándose en esta teoría enfoca el fenómeno desde un punto de vista biológico, terreno muy olvidado por los psicólogos hasta aquel momento.






También Amparo asegura que en contraposición de Spencer, Gross opina que el juego es una preimitación, fruto de tendencias instintiva que hacen que el niño, a través de su actividad jugada, vaya ensayándolo y desarrollando

capacidades que le permitan estar preparado para la actividad propia de los adultos, esta teoría la hace extensiva al juego de los animales; por tanto los juegos son pre ejercicios como opina Spencer, su objeto es preparar al ser viviente que lo ejecute para su existencia.

El juego es un sustituto durante la infancia de las actividades serias que se realizan durante la adultez y a la que el niño no puede tener acceso por no estar capacitado para ellas; es una actividad que evoluciona adaptándose a los cambios de conductas que se operan durante la infancia, siendo siempre una actividad de carácter interesante; tiene como función permitir al individuo realizar su Yo, desplegar su personalidad.

El juego es una forma de exteriorización de “lo infantil “del enfoque infantil ante la vida y el mundo, que casi desaparece cuando se llega a la adultés, por tanto el niño juega porque los caracteres propios de su “dinámica “le impiden hacer otra cosa sino juega.

Después de haber analizado las diferentes teorías podemos valorar que existen aspectos importantes que condicionan los juegos.

-  Como un medio de preparación para la vida futura.
-  Como medio para el desarrollo físico.
-  Como medio para reflejar la cultura de generaciones pasadas.
-  Como un reflejo de las acciones laborales.
-  Como medio de rehabilitación.

Los juegos responden a cada sociedad humana a las diferentes agrupaciones que han ido apareciendo a lo largo de los años por lo que se debe tener presente el doble carácter biológico y social que determina la ejecución de una amplia gama de juegos. Tienen un valor extraordinario en la formación de la personalidad de convicciones morales etc.; son cualidades que contribuyen a

dotar al individuo de lo necesario para su mejor desenvolvimiento dentro de la sociedad, a través del juego se adquiere el concepto de conciencia social.

Gkoin (1978) denomina a los juegos como “escuela de educación social”, esto nos hace afirmar que entre los juegos existen aspectos comunes aunque también existen diferencias, No son acciones instructivas por su forma y contenido, sino un reflejo consciente del medio ambiente que lo rodea y de las relaciones sociales.

Para el niño el juego es una actividad conciente y con cierta responsabilidad, ya que el niño asemeja al trabajo, sin embargo tanto la actividad que adopta como la selección que haga serian espontánea, debo agregar además que con la aplicación del juego no se persiguen fines productivos, esto lo diferencia del trabajo.

Makarenko, (5, 70) valoraba los juegos al considerarlo como medio importante para la preparación de los adolescentes para la vida en la sociedad, plantea la necesidad de la dirección del juego por parte del adulto, por cuanto es necesario dirigir el juego de modo que en el niño se forman cualidades de un futuro trabajador y un futuro ciudadano.

En general podemos considerar a Plejanov como fundador de una verdadera teoría de los juegos, ya que pudo realizar un análisis más profundo, basando sus estudios desde dos puntos de vista (histórico social y desarrollo biológico):

- ✚ Desde el punto de vista histórico (el trabajo precedente al juego).
- ✚ Desde el punto de vista del desarrollo biológico actual (el juego precede al trabajo).

Plejanov, según Mayra Amparo (5, 59) llegó a la conclusión de que el juego es hijo del trabajo, planteó que el hombre antes de jugar ha trabajado y que los juegos existen, reflejan las actividades laborales humanas.

Existen varios factores que han influido en el carácter social de los juegos:

- ✚ Donde aparecen sociedades humanas surge el juego como una necesidad del hombre.
- ✚ La edad de los participantes y el ambiente social del grupo que lo ejecuta.
- ✚ El nivel cultural producto a la actividad laboral que desarrollaban.
- ✚ Las relaciones productivas que existen en esa sociedad.
- ✚ Los juegos se asemejaban a las actividades que realiza el hombre, de tipo laborales guerreras o de arte.

De aquí la complejidad para establecer un concepto de juego:

Los juegos son de hecho un fenómeno histórico en el desarrollo social y cultural de la humanidad; su importancia está dada por el aporte que brinda en el desarrollo de capacidades, habilidades como base para la iniciación deportiva, además de su alto valor educativo.

El juego como expresión vital de la infancia, como instrumento educativo formativo, recreativo, etc., debe estar presente en toda caracterización que se haya del niño como aspecto importante para ser y desarrollarse. Si jugar es aprender, el juego debe aparecer u ocupar un importante lugar dentro de la clase de Educación Física.

Etimológicamente el juego viene de:

**Jove:** Que significa ligereza, frivolidad, pasatiempo.

**Ludus:** Que es el acto de jugar:

Como concepto fisiológico, es la actividad que realizan ¿los Dioses? sin un fin aparentemente utilitario, como medio para eliminar su exceso de energía; sin embargo, cuando un niño se encuentra enfermo, no pierde el interés por el juego y

él mismo sigue jugando, según se refiere Mayra Amparo sobre lo expuesto por H Spencer. .

Su concepto psicológico patentiza que es la actividad espontánea y desinteresada que exige una regla libremente escogida que cumplir, o un obstáculo deliberadamente puesto que vencer. El juego tiene como función especial procurar al niño el placer moral del triunfo que al aumentar su personalidad, la sitúa ante sus propios ojos y ante los demás.

Amparo Mayra destaca que, Arnolf Russell define el juego dentro de lo psicológico como una actividad generadora de placer que no se realiza con una finalidad exterior a ella; sino por sí misma.

Sobre lo expresado por Huizenga, expone que él plantea que desde el concepto sociológico, se puede definir el juego como actividad u ocupación voluntaria que se realiza dentro de ciertos límites establecidos de espacio y tiempo, atendiendo a reglas libremente aceptados.

El juego es un medio pedagógico de educación muy importante empleado en la formación de hábitos motores, desarrollo y perfeccionamiento de cualidades vitales importantes, físicas, morales, y volitivas, ayuda a favorecer el habito de cooperación y convivencia, tiene un comportamiento social muy fuerte, de ahí su importancia y el interés en que se apliquen como elemento esencial dentro de la clase de Educación Física Escolar.

El juego es imprescindible en la enseñanza primaria, es una herramienta fundamental en la educación integral del niño como formador y desarrollador. Para los niños todo es juego, constituye el elemento principal de su felicidad , es su propio ambiente un medio del cual viven plena y gozosamente, es imprescindible para el desarrollo de aprendizajes significativos, al ser empleado con este objetivo

el niño logra dar solución a los problemas planteados, con su gran imaginación, fantasía y con un alto nivel de creatividad.

Destacó que B. J Cratty en sus respectivas obras (1974-1979 y 1982), centra el análisis de los juegos en la importancia del comportamiento humano regulado a través de la actividad lúdica; clasifica los juegos en torno a los siguientes apartados: Juegos de memorización, juegos de categorización, juegos de comunicación del lenguaje, juegos de evaluación, juegos de resolución de problemas.

Después de valorar las diferentes clasificaciones existentes y ajustándonos al perfil amplio de nuestros egresados, nuestro colectivo de profesores de la asignatura asume el criterio de clasificación siguiente: por la forma de participar, por la ubicación, por la intensidad del movimiento, por sus características.

Por la forma de participar, pueden ser individuales o colectivas, respondiendo a como se obtiene el triunfo, si es de un solo participante “Los agarrados” o de un equipo.

Por la ubicación, se considerará si son en un interior, en área techada, ejemplo Gimnasio, salas polivalentes etc., o exteriores (área al aire Libre).

Por la intensidad del movimiento se les considera alta, media o baja.

Se cataloga como alta, aquellos juegos de larga duración, que exigen de los participantes gran preparación física, técnica, y táctica; se ubican en esa alta intensidad a los juegos deportivos.

Como intensidad media, a los juegos que requieren alguna preparación física y dominar algunas habilidades básicas que pueden durar un periodo de tiempo no



establecido o sean variables y que utilizan algunos elementos técnicos, sin grandes exigencias, esos son los Pre deportivos.

Como intensidad baja, tenemos a los juegos pequeños que tienen pocas duraciones muy sencillas en su ejecución.

Por sus características, pueden ser pequeños, pre deportivos, deportivos, tradicionales recreativos.

Según Erika y Hugo Dobler (36, 29), “La palabra menores no puede referirse sólo unilateralmente al espacio de juego; significa de manera simultánea que pueden ser reducidas las condiciones previas para el desenvolvimiento del juego, que solo se requieren pocos medios, que no se exigen mayores habilidades, que muchas formas ya se pueden jugar con grupos pequeños y que se necesitan solamente reglas sencillas de juego”.

Como juego menor denominamos una secuencia de acciones animadas que parte de una idea determinada de juego capaz de desarrollar y ejecutar las fuerzas físicas y espirituales de una manera estimulante y amena, y tiene por lo general un carácter competitivo. Pero no tiene estipulaciones oficiales de competencia que fijen o internacionalmente la duración del juego, el número de jugadores, las dimensiones de la cancha, ni tampoco el volumen el peso del aparato de juego, como sucede con los juegos deportivos. Más bien es posible modificar las reglas y el transcurso del juego de acuerdo con las condiciones o adaptarlas a determinados propósitos pedagógicos. En algunos casos, los mismos jugadores escogen las reglas del juego, según el carácter, la clase y la tarea del juego, los equipos pueden variar numéricamente o enfrentarse a igual número, a veces un solo participante lucha contra todos los demás. Tampoco existen reglamentos para competencias que prevean juegos de tandas o en serie.

Una característica esencial de los juegos menores consiste en el hecho de que no requieren mucho tiempo para su comienzo y que generalmente se pueden jugar y repetir según el gusto después de haber dado unas pocas explicaciones.

Los juegos menores implican la mayor parte de las formas fundamentales del movimiento, como correr, saltar, lanzar, atrapar, halar, y empujar, se aplican de forma alternada, y de esta manera los alumnos adquieren una movilidad general, se llega a combinaciones sencillas de movimientos en los que se establecen series de actividades con soluciones de continuidad por ejemplo el lanzar y recibir en una situación de juegos aprenden a tener relaciones y decisiones rápidas, acciones inmediatas, movimientos imprevistos y repetidos por una situación de juego que se modifica permanentemente y también un gran valor de adaptaciones motoras necesarias de un proceso de juego a otro.

Dentro del espacio que ocupa en el proceso la utilización de los juegos, está el conocimiento acerca de las principales tendencias que en este campo se perfilan; en este sentido es de suma importancia conocer las concepciones que se han manifestado en la comunidad en relación con la utilización de los medios durante el juego así como la valoración acerca de su conceptualización y caracterización, las cuales se ven reflejadas en los principales momentos por los que ha atravesado el proceso de esos medios dentro de la comunidad.

Arribar a una valoración crítica sobre los medios terapéuticos durante el juego en los niños conduce a plantear la necesidad de una valoración que refuerce la identidad robusteciendo la autoestima y el autorreconocimiento social de estos niños, mientras eleva su calidad cultural de vida, de manera que construya sus propios intereses sociales y den un sentido a la socialización dentro de la comunidad en la medida que sus posibilidades se lo permiten.

## **1.6 Conclusiones parciales del capítulo I.**

El primer capítulo es un recorrido por concepciones teóricas planteadas por los autores donde se consideran los diferentes conceptos, características del objeto de estudio y su campo de acción.

Los autores consultados, comparten el criterio de que el objetivo primordial del trabajo comunitario es transformar la comunidad, mediante su papel protagónico en la toma de decisiones, en correspondencia con sus necesidades; con el aprovechamiento de sus propios recursos y potencialidades, favoreciendo cambios en los estilos y modos de vida, en correspondencia con sus costumbres y el fortalecimiento de su actividad económica y sociopolítica. Establecen conceptos sobre grupo, comunidad.

Lo anterior permitió caracterizar al Consejo Popular “Capitán San Luis”, revelándose la situación presentada por los niños entre 8/10 años respecto al Asma Bronquial Grado IV, el tratamiento que reciben para alejar las crisis, su grado de efectividad, el uso de medios y juegos en el mismo.

Se efectuó una caracterización anatómo-fisiológicas de los niños estudiados en la presente investigación; destacándose las modificaciones que en ellos se observan.

Los autores que abordan el Asma Bronquial, reafirman que ésta constituye una enfermedad obstructiva, donde se genera una hipersensibilidad de la tráquea y los bronquios a diversos estímulos fundamentales, produciendo una obstrucción de las vías aéreas.

Coinciden que la aplicación de ejercicios físicos con fines profilácticos y medicinales son importantes para lograr un rápido y complejo restablecimiento de la salud, de la capacidad de trabajo y la prevención de las consecuencias de los procesos patológicos; lo anterior les sirvió para afirmar su ejecución se efectúa a

través de la cultura física terapéutica, con el uso de todos los medios que permiten lograr la curación completa del enfermo y su preparación para la vida cotidiana; posibilitando la rehabilitación..

Dentro de los métodos citados, están los medicinales, psicológicos, psicoterapéuticos, sociológicos, laborales, factores naturales, y cultura física terapéutica.

A través de Mayra Amparo se conoció de lo expuesto por autores como Plejanov, Aguayo, Kari Gross, Gkoin, Makarenko, Caratty, Rusell, Spencer respecto a los juegos; ejemplo, ven al juego como una post-vinculación de los actos adultos; algunos lo enfocan desde un punto de vista biológico.

Erika y Hugo Dobler, puntualizan que la palabra menores significa de manera simultánea que pueden ser reducidas las condiciones previas para el desenvolvimiento del juego, que solo se requieren pocos medios, sin exigir mayores habilidades.

Lo más relevante de las teorías sobre los juegos está en que los valoran como: un medio de preparación para la vida futura, para el desarrollo físico, reflejo de la cultura de generaciones pasadas, reflejo de las acciones laborales, medio de rehabilitación.

El estudio y desarrollo del trabajo comunitario cobra en la actualidad singular importancia dados los cambios que se están operando tanto en el marco internacional, como nacional estos se reflejan en la vida de toda la comunidad.

El juego es una actividad espontánea y placentera, que contribuye a la educación integral del niño, como elemento formador y desarrollador.

## **II. Marco metodológico. Resultados y propuesta.**

### **2.1 Fundamentación del tipo de estrategia o estudio.**

La investigación es cualitativa, de tipo explicativa experimental porque ofrece datos cualitativos, explica y sugiere solución a un problema, se realiza el pre experimento para medir la efectividad de la propuesta en el alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV.

Entre los métodos que utilizamos para dar respuesta a nuestras preguntas científicas y cumplir nuestro objetivo se encuentran los siguientes:

#### **Métodos teóricos.**

**Histórico-lógico.** Permitió analizar la información sobre los antecedentes y trayectoria en la prevención de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en los pacientes asmáticos en el mundo y en Cuba.

**Análisis-síntesis:** Permitió analizar materiales sobre el objeto de investigación y simultáneamente descomponer en sus distintas etapas los elementos que inciden en la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río, para así estructurar los aspectos esenciales a tener en cuenta al establecer medios que le permitan a los pacientes mediante el juego mantenerse en el área para de esta forma lograr el aumento del período de tratamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV, permitiéndole alejar las crisis y mejorar su padecimiento.

**Inducción-deducción:** Permitió el estudio de los componentes específicos para la elaboración de conclusiones generales y parciales durante el proceso de elaboración del diseño.

**Enfoque sistémico:** Posibilitó identificar la interrelación y jerarquía entre componentes y elementos de los ejercicios que se realizaban en el área terapéutica y los medios terapéuticos a proponer, que le permitan a los pacientes mantenerse en el área para de esta forma lograr que sea sistemático y disminuya el período de tratamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV y, puedan alejarse las crisis y mejorar su padecimiento.

**Revisión documental:** Para el estudio de los fundamentos teóricos del objeto de estudio y demás componentes de la investigación.

### **Métodos empíricos.**

**Encuesta:** Se realizó una encuesta a los niños entre 8/10 años con el padecimiento de asma bronquial grado IV con el objetivo de conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento desde sus propias opiniones. y a los profesores.

**Entrevista:** Se llevó a cabo una a los familiares de los afectados con el objetivo de conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento los niños desde sus propias opiniones.

**Observación:** Se realizó en el área con el objetivo de determinar el tratamiento utilizado para contrarrestar el asma bronquial; se aplicó en tres oportunidades en el transcurso de la investigación.

### **Método de Intervención Comunitaria.**

**Técnicas participativas o de Búsqueda de Consenso:** Para nuestra investigación utilizamos las técnicas (**Informantes claves y Forum comunitario**) estas técnicas fueron aplicadas después de haber realizado las observaciones, y la encuesta, en ambas se recogió información clara y precisa de personas de mucha experiencia, además de conocer todos el problema a estudiar. Primeramente los informantes claves nos propiciaron toda la información

necesaria de la actividad que realizaban los niños asmáticos en el área y en la comunidad, las características de cada uno de ellos y su comportamiento, no sólo de los niños sino que cada uno se refirió al entorno que está en el radio de acción de la comunidad; con su información se dieron los primeros pasos para crear los grupos gestores.

En el caso del Forum, su aplicación se efectuó inmediatamente que terminó el trabajo con los informantes claves, recogándose en éste el intercambio amplio y profundo con todos los que quieran participar, conociéndose todas las opiniones y criterios a cerca del problema manifiesto con los niños asmáticos, todo este debate abierto propició comenzar a solucionar los problema existentes y posibilita el éxito de la aplicación de la investigación.

Ambas técnicas dieron la posibilidad de crear grupos de trabajos para la limpieza y organización de las áreas para la actividad con los asmáticos, el apoyo material y espiritual a cada uno de los niños que participan en la actividad, así como a sus familiares, además posibilitaron el accionar e interrelación de la comunidad con las actividades y de las actividades con la comunidad y de esta manera se fortaleció el trabajo, social y de salud, de los mismos y con medios que le ayudan en la practica sistemática y el alejar las crisis.

**Análisis documental:** Se realizó en el policlínico “Turcios Lima” de Pinar de Río durante el estudio preliminar de la investigación para determinar aspectos relacionados con la situación del problema que estimula este trabajo.

**Valoración crítica de especialistas:** Se tuvo en cuenta el criterio de los médicos que en el área de salud le dan tratamiento a los niños con Asma Bronquial Grado IV, de los profesores que laboran con ellos en el tratamiento; de los técnicos de cultura física de la Escuela Comunitaria, en cuanto a la efectividad para el alejamiento de las crisis de los medios terapéuticos mediante el juego.

### **Estadístico.**

La estadística está basada en el uso de gráficos, tablas.

Se utilizó para el procesamiento de la información obtenida, en el cumplimiento de la segunda tarea e ir comprobando, después del uso de los medios terapéuticos, si se alejan las crisis de Asma Bronquial Grado IV.

El estudio presentado fue realizado en la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río, la que cuenta con un universo de 13547 pobladores; de ella tomamos los 125 niños con Asma Bronquial como unidad de análisis. La muestra correspondió a los 25 niños entre 8/10 años que padecen de Asma Bronquial Grado IV, representando el 20% de la unidad de análisis, 2 profesores y 24 familiares.

La muestra fue dependiente; el tipo de muestreo es no probabilística y la forma de seleccionar la muestra, intencional; se realizó por criterio, dirigida a los pacientes de Asma Bronquial Grado IV. El muestreo fue fijo porque la muestra fue de un tamaño fijo y sin reemplazo, dado en que fue determinado antes de la recopilación de datos y cada elemento de la población tiene una oportunidad de ser seleccionado.

Participaron además en la investigación: Familiares de los niños con Asma Bronquial Grado IV de la Circunscripción “Capitán San Luís”, 24; médico del consultorio al que pertenece la circunscripción, 1; vecinos de los niños, 15; delegado de la Circunscripción, 1; presidente del Consejo Popular, 2; profesores del Gimnasio de Cultura Física “Fidel Linares LLanes”, 2.

Los medios para el juegos creados para estos pacientes son una vía fundamental para el mejoramiento de sus padecimientos, además de estimularlos a la práctica sistemática, y de ser los medios que se plantean en la investigación la que presenta una importancia extraordinaria para los asmáticos, ya que a



nuestro modo de ver es una vía para disminuir la problemática que existe en la Comunidad del reparto “Capitán San Luís”.

## **2.2 Valoraciones metodológicas de la propuesta.**

La realización de este trabajo se fundamenta en la propuesta de la elaboración de medios terapéuticos para mediante el juego lograr el alejamiento de las crisis a los pacientes asmáticos del reparto “Capitán San Luís”, al mismo tiempo de estimularlos al no abandono del tratamiento, y se tendrá en cuenta las manifestaciones de ellos en cuanto al empleo de estos medios y mantenerse realizando el tratamiento.

Los juegos con estos medios terapéuticos son fruto de la creatividad y ayudan a la actividad de espiración y a la vez al fortalecimiento de los músculos que intervienen en la espiración diafragmática en estos pacientes, en la que los niños se sienten estimulados jugando y no abandonan el tratamiento.

Para la elaboración de la propuesta se tuvieron en cuenta:

1. Los ejercicios existentes, los medios terapéuticos utilizados, los juegos que realizaban en el área para de ellos tomar cómo repercutían en el tratamiento, los beneficios que le brindan a los pacientes.
2. Complejidad del medio terapéutico elaborado en correspondencia con la patología tratada.
3. Las características físicas de cada asmático.
4. El tipo de asma de los pacientes.
5. Las características de la comunidad.

## **Elaboración y explicación de los medios terapéuticos.**

El primer medio lo denominamos: Canal recuperadora.

Se utiliza con el fin de expulsar el aire comprimido que tienen los pacientes asmáticos al mismo tiempo que fortalece los músculos espiratorios y los estimula al no abandono del tratamiento.

Este segundo medio lo denominamos: Baloncesto respiratorio.

El cual también lo utilizan los pacientes asmáticos como un juego y mediante el realizan Espiraciones profundas expulsando el aire sobrante en sus pulmones y mejorando la crisis, aliviando su padecimiento y fortalecer los músculos espiratorios.

Con la unificación del primer medio y el segundo se elaboro un tercer medio denominado: Baloncesto con canal recuperadora.

Este medio fue creado con la unión de la canal recuperadora y el baloncesto recuperador un medio mas sofisticado, el cual también lo utilizan los pacientes asmáticos como un juego y mediante el realizan espiraciones profundas expulsando el aire sobrante en sus pulmones y mejorando la crisis, aliviando su padecimiento.

Como cuarto medio creamos la horca respiratoria:

El cual también se utiliza en forma de juego por los pacientes y mejora grandemente la crisis ya que con la realización sistemática y continúa del ejercicio de Espiración con este medio el paciente expulsa gran cantidad de aire, además de estar estimulado.

Como quinto medio tenemos:

El rehilete respiratorio en el cual mediante espiraciones fuertes y prolongadas el paciente debe lograr hacerlo girar colocándose lateral al mismo y

de esta forma realiza el ejercicio de espiraciones continuas que no es más que el objetivo del medio.

Como sexto medio conformado por nosotros ha sido:

El fútbol respiratorio el cual también es jugado por los pacientes asmáticos, con el objetivo de mejorar la capacidad vital pulmonar de los mismos y consiste en un juego entre dos pacientes en un mini terreno de fútbol realizando espiraciones profundas para tratar de colar Gol uno al otro y se repite una y otra vez con el propósito de mejorar la crisis de estos pacientes y fortalecer los músculos espiratorios.

Metodología para el trabajo con los medios de rehabilitación de los pacientes asmáticos.

- I. Explicación y demostración sobre el uso del medio por parte del profesor.
- II. Colocación del paciente frente al medio con una postura correcta.
- III. Concentración y relajación del paciente.
- IV. Realizar una inspiración corta y una espiración larga y con la mayor fuerza posible.
- V. Constatación por parte del paciente de la presión de aire residual impreso sobre la pelota y otros objetos que suben en diferentes medidas.
- VI. Repetir la técnica después de pasado 15 segundos.

### **2.3 Análisis de los resultados.**

Se realizaron tres observaciones (anexos 3, 4, 5) en una misma semana a ambos profesores. En ellas se detectaron aspectos evaluados de variadas maneras, tales como:

En el parámetro sobre si la utilización de la variante de calentamiento empleada era correcta, en las tres lo fueron para ambos profesores, por lo que se evaluó de bien. Ambos profesores demostraron los ejercicios de calentamiento adecuadamente y se ubicaron en la demostración de los ejercicios, en la posición y la forma apropiada. Los ejercicios realizados estaban en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.

El indicador sobre si los ejercicios que se realizan son reiterativos se podía evaluar sólo de bien o mal, no así los demás que incluían el regular. No se determinó si eran reiterativos en la observación del 5 de noviembre ya que era la primera; en las otras dos, los profesores no cambiaron los ejercicios, siendo, por tanto, reiterativos, por lo que se califica de mal.

Los dos profesores planifican las clases correctamente y efectúan el control de la asistencia de los estudiantes; como consecuencia de lo anterior, en esos parámetros lograron bien.

De 125 pacientes a asistir al tratamiento en el área, lo realizaron 83, para el 66,4% el 6 de febrero; el día 8 y 10 asistieron idéntica cantidad de pacientes, 97, para el 77,6%; las cifras anteriores están en el rango establecido para la evaluación de regular, aspectos estos preocupantes porque una ligera mejoría u otra causa, no es motivo de peso para abandonar el tratamiento. El total de pacientes que asistieron durante los tres días fue de 227, para el 73,8%; el promedio fue de 91,6 (anexo 6).





Se detectó que en el tratamiento actual no se utilizan medios terapéuticos de este tipo por parte de profesor.

La evaluación general en las tres observaciones fue como sigue:

1. Mal porque tiene 1 parámetro evaluado de mal, 1 de regular, 6 de bien y uno no se evaluó.
2. Mal porque tiene 6 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 2 de mal.
3. Mal porque tiene 6 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 2 de mal.

Gracias al método de investigación empírico, análisis documental, se pudo conocer datos referente a los pacientes entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que fueron los seleccionados como muestra. A ellos se les aplicó una encuesta (anexo 8) para conocer el grado de efectividad de los ejercicios que recibían en el tratamiento para contrarrestar los efectos del Asma Bronquial Grado IV.

Se les inquirió sobre la frecuencia con que le dan las crisis de asma, los 25 (100%) respondieron que más de una vez a la semana, sin embargo, también igual cantidad respondió que habían abandonado el tratamiento en alguna ocasión al sentir ligera mejoría. De ellos, una vez fue abandonado por 7 (28%) pacientes; entre 2/3 veces, 10 (40); cuatro o más ocasiones, 8 (37%); las causas por lo que lo hicieron son porque:

-  Se le quitaron las crisis después de realizado el tratamiento por un tiempo 7 (28%).
-  Que les ocupaba el tiempo que tenían para jugar 5 (20%).
-  Se aburrían en las clases 6 (24%).
-  La mamá no lo llevaba 3 (12%).



Argumentaron que no sabían 4 (16%).

Todas las causas anteriores son pretextos, justificaciones a las ausencias al tratamiento, sin considerar lo beneficioso del mismo sistemáticamente.

A si le gustan las clases que imparte el profesor en el área, plantearon que si 10 (40%); 3 (12%) que no y 12 (48%) que a veces.

Cuando tienen crisis, asisten al tratamiento diariamente, los 25 (100%), pero cuando no la tienen, paciente alguno asiste diariamente; lo hacen entre 2 ó 4 veces a la semana 9 (36%); una vez a la semana lo efectúan 3 (12%) y no asisten 13 (52%).

Para reafirmar las preguntas anteriores, se les cuestionó si habían realizado el tratamiento en el área en otras ocasiones y los 25 (100%) contestaron afirmativamente.

Se necesitó conocer si el profesor utiliza algún tipo de juego en el tratamiento que le ofrecen en el área, 19 (76%) expresaron que no y 6 (24%) que a veces. Los que respondieron afirmativamente y en el rango de a veces, se referían a los juegos recuperativos al final de la actividad.

Como era de esperar, por el significado de los juegos en los niños, la mayoría estuvo de acuerdo en la utilización de algún tipo de juego en el tratamiento; en específico, fueron 24 (96%) y 1 (4%) manifestó que a veces.

A si el profesor utiliza algún tipo de medio, 20 (80%) dijeron que si y 5 (20%) que a veces. Para citar los medios, debían marcar con una cruz cuantas veces sea necesario; éstos son: fotos, láminas, bastones, pelotas, globos, banderas, Jabas “chillonas”. Les gustaba la utilización de medios a 19 (76%); a 1 (4%) no y ocasionalmente a 5 (20%).

La utilización de algún tipo de medio terapéuticos através del juego en el tratamiento es deseado por la mayoría, 24 (96%) niños y a veces lo quiere 1 (4%).

El total de pacientes aseguró que el tratamiento que recibe es bueno para ellos. Lo anterior reafirma que mejoran su enfermedad y por tanto son efectivos.

El resultado de la encuesta a los profesores (anexo 10) que atienden a los pacientes entre 8/10 años permitió conocer que la asistencia de los pacientes al tratamiento cuando tienen crisis es buena, van diariamente; sin embargo, cuando mejoran tienden a ausentarse del mismo, disminuyendo la frecuencia, siendo considerada ésta entre regular y mala; aseguran que en esas condiciones dejan de ir varias veces, en ocasiones lo hacen de dos a cuatro veces en la semana y en otras sólo una vez. Consideran que causas que influyen en la ausencia pueden ser: la mejoría momentánea de las crisis, despreocupación de los padres, que les resulte monótono el tratamiento tras un período u otras desconocidas por ellos. Es preocupante esa situación pues no basta el tratamiento durante un período de tiempo sino que debe ser sistemático.

Los profesores plantearon que utilizan juegos recuperativos y determinados medios para el tratamiento, dentro de los que se destacan: Bastones, pelotas, globos, banderas, fotos, láminas, jabs “chillonas”, los cuales les gusta a los pacientes. No utilizan tipo alguno de medio terapéuticos como los que proponemos, en el tratamiento. No tienen conocimiento de medios de este tipo que contribuyan al alejamiento de las crisis en el tratamiento de los pacientes con asma bronquial. Afirman que el tratamiento que reciben los pacientes que asisten al área es efectivo.


Se llevó a efecto una entrevista a 24 familiares de los niños y no 25 (anexo 11), porque existe una familia con 2 niños con ese padecimiento; de ahí reafirmamos los datos sobre el tiempo que lleva con el padecimiento el niño.





Sobre desde cuándo padece de esa afección, las respuestas se desglosan de la manera siguiente: En los primeros tres años de vida apareció en 9 (36%); a partir de ahí, en 16 (64%).

Plantearon que cuando el niño tiene crisis de asma asiste al tratamiento diariamente pero cuando no tiene crisis, dijeron 11 (44%), que van de dos a cuatro veces en la semana; 3 (12%) manifestaron que una vez a la semana; 11 (44%) expresaron que no asisten, a no ser que le repita.

Las causas dadas por las ausencias son:

 Que si se le quita la crisis, no existe razón para que asistan seguido, 5 (20%).

 Que han mejorado y los niños les piden quedarse en otra actividad, 8 (32%).

 En ese momento no tenían la crisis y priorizamos otras actividades.

Todos los niños han tenido representantes en el tratamiento; entre 1 y 5 veces han ido 7 (29,1%); entre 6 y 10 ocasiones, 18 (72%).

El ciento por ciento de los entrevistados afirma que ha sido efectivo el tratamiento porque en ocasiones ha desaparecido la crisis.

No han recibido información profunda acerca del Asma Bronquial Grado IV, 13 (52%) pero todos aseguran que a través de los propios profesores se han informado sobre la importancia del tratamiento, las causas del asma. Además argumentan que los médicos que atienden a los niños se lo han dado a conocer.

Como parte del tratamiento han observado el uso de medios por parte del profesor, tales como pelotas, bastones, globos, jabas “chillonas; también han visto juegos como:

🧩 Sentados alrededor de un círculo, decir palabras con diferentes letras y memorizar cada cinco estudiantes.

🧩 “La sortijita”.

🧩 Juego de las frutas.

Los juegos a los que se refieren los familiares son los llamados recuperativos.

No han visto en la clase que el profesor utilice medios terapéuticos. En esa pregunta hubo que hacer aclaraciones porque desconocían de qué se trataba, al explicárseles las respuestas fueron negativas.

Se realizaron nuevamente tres observaciones (anexos 13, 14, 15) en una misma semana a ambos profesores, después de un mes de aplicada la propuesta de “medios terapéuticos”. La primera efectuada el lunes 3 de marzo del 2008, la segunda el 5 y la tercera el 7; al igual que en las demás observaciones en otro período, se detectaron aspectos evaluados de variadas maneras, tales como:

En el parámetro sobre si la utilización de la variante de calentamiento empleada era correcta, en las tres lo fueron para ambos profesores, por lo que se evaluó de bien. Ambos profesores demostraron los ejercicios de calentamiento adecuadamente y se ubicaron en la demostración de los ejercicios, en la posición y la forma apropiada. Los ejercicios realizados estaban en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.

El indicador sobre si los ejercicios que se realizan son reiterativos se podía evaluar sólo de bien o mal, no así los demás que incluían el regular. No se determinó si eran reiterativos en la observación del 3 de marzo ya que era la primera; en las otras dos, los profesores no cambiaron los ejercicios, siendo, por tanto, reiterativos, por lo que se califica de mal.

Los dos profesores planifican las clases correctamente y efectúan el control de la asistencia de los estudiantes; como consecuencia de lo anterior, en esos parámetros lograron bien en las tres observaciones.

De 25 pacientes a asistir al tratamiento en el área, lo realizaron 18, para el 72% el 3 de marzo; el día 5 lo hicieron 21, para el 84% y el viernes fueron 20, para el 80%; las cifras anteriores están en el rango establecido para la evaluación de regular, aspectos estos preocupantes pero es de destacar que después de la utilización de los “medios terapéuticos, mediante el juego”, el por ciento de asistencia ha tenido ligera mejoría.

Después de un año de estarse aplicando los “medios terapéuticos, mediante el juego”, se efectuaron tres observaciones (anexos 17, 18, 19) en una misma semana a ambos profesores. La primera efectuada el lunes 2 de marzo del 2009, la segunda el 4 y la tercera el 6; al igual que en las demás observaciones en otro período, se detectaron aspectos evaluados de variadas maneras, tales como:

En el parámetro sobre si la utilización de la variante de calentamiento empleada era correcta, en las tres lo fueron para ambos profesores, por lo que se evaluó de bien. Ambos profesores demostraron los ejercicios de calentamiento adecuadamente y se ubicaron en la demostración de los ejercicios, en la posición y la forma apropiada. Los ejercicios realizados estaban en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.

El indicador sobre si los ejercicios que se realizan son reiterativos no se determinó si eran reiterativos en la primera observación; en las otras dos, los profesores cambiaron los ejercicios y además le dieron mayor utilidad a los medios de la propuesta, siendo calificado de bien.

Los dos profesores planifican las clases correctamente y efectúan el control de la asistencia de los estudiantes; como consecuencia de lo anterior, en esos

Ev.	Obsv. 1			Ev. gral.	Obsv. 2			Ev. gral.	Observ. 3			Ev. gral.
	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
Bien					X				X	X	X	X
Reg.												
Mal	X	X	X	X		X	X	X				

parámetros lograron bien en las tres observaciones.

De 25 pacientes a asistir al tratamiento en el área, lo realizaron 24, para el 96% el 2 de marzo del 2009; el día 4 lo hicieron 23, para el 92% y el viernes fueron 24, para el 96%; las cifras anteriores son estables y superiores a los primeros dos bloques anteriores; están en el rango establecido para la evaluación de bien.

La evaluación general en las tres observaciones fue como sigue:

1. Bien porque tiene 8 parámetros de bien y uno no se evaluó.
2. Bien porque tiene los 9 parámetros evaluados de bien.
3. Bien porque tiene los 9 parámetros evaluados de bien.

A continuación se refleja un resumen de la evaluación en observaciones a clases; en ella se constata el carácter progresivo, de forma favorable en el resultado de la evaluación a cada observación. En la primera secuencia, en cada observación se calificó de mal, siendo catalogada también así la evaluación general de la misma.

La primera notificación de la segunda secuencia de observaciones, logró bien, no así la segunda y tercera que alcanzaron la calificación de mal. Lo anterior dio lugar a que la evaluación general fuera de mal.

Las tres observaciones hechas después del año de implantada la propuesta, tuvieron calificaciones de bien, siendo también así la evaluación general.

Se efectuó otra entrevista a 24 familiares de los niños con Asma Bronquial Grado IV (anexo 21) después de un año de puesta en práctica la propuesta como parte del pre experimento.

Plantearon que cuando el niño tiene crisis de asma asiste al tratamiento diariamente pero cuando no la tiene, dijeron 3(12%) que dejan de asistir una vez a la semana; como se muestra, la participación de los pacientes, aun sin tener la crisis ha mejorado considerablemente, aspecto este que repercute positivamente en el alejamiento de las crisis.

La causa dada por las ausencias fue que el abandono a una sesión no repercutía tanto en los resultados del tratamiento y podían utilizar ese horario en otras cosas.

Después de la entrevista realizada han participado en sesiones del tratamiento 23 (92%) familiares en siete ocasiones y 1 (4,1%) en dos

El ciento por ciento de los familiares expusieron que consideran que el tratamiento, desde que se utilizan los medios terapéuticos mediante el juego, ha sido más efectivo ya que las crisis se han alejado durante más tiempo y:

- ✚ Los niños están con mejor estado de ánimo.

- ✚ Los pacientes comentan positivamente sobre los medios que utilizan los profesores en el tratamiento.

✚ Los niños destacan los juegos que ejecutan a través de los medios utilizados por los profesores.

✚ Los pacientes le expresan que ya no se aburren.

Conocimos que después de la entrevista realizada con anterioridad, antes de aplicarse la propuesta, han recibido más información acerca del Asma Bronquial Grado IV; se han preocupado más por estar al tanto del tratamiento que se brinda; han podido observar los medios novedosos con que trabajan los niños y su efectividad.

La encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV arrojó que los medios terapéuticos han logrado:

1. El fortalecimiento general del organismo.
2. El fortalecimiento general de las vías respiratorias.
3. El fortalecimiento de los músculos respiratorios.
4. El aumento de la capacidad vital.
5. El aumento de la elasticidad alveolar.

## **Conclusiones.**

1. El estudio de las concepciones teóricas y metodológica acerca del estado de salud de los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en Cuba y en el exterior que sirven de base a la investigación se centran en los aspectos teóricos sobre el asma bronquial, de rehabilitación, los tipos que existen, los cuales nos sirvieron como cimiento para la elaboración de la propuesta.

2. La caracterización de la situación actual del tratamiento a los pacientes de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río, permitió conocer que a pesar de su efectividad, carece de medios terapéuticos, además, que los pacientes cuando no tienen crisis se alejan del tratamiento.

3. Se elaboraron medios terapéuticos que contribuyan mediante el juego al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río, los cuales ayudan a la actividad de espiración y a la vez al fortalecimiento de los músculos que intervienen en la espiración diafragmática en estos pacientes, en la que los niños se sienten estimulados jugando y no abandonan el tratamiento.

4. La propuesta de medios que contribuyan mediante el juego al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río fue valorada a través del criterio de especialistas; se tuvo en cuenta el criterio de los médicos que en el área de salud le dan tratamiento a los niños, de los profesores que laboran con ellos en el tratamiento; de los técnicos de Cultura Física de la Escuela

Comunitaria, en cuanto a la efectividad para el alejamiento de las crisis de los medios terapéuticos mediante el juego, los cuales opinaron positivamente sobre los mismos.



## **Recomendaciones.**

1. Que la propuesta de medios terapéuticos como alternativa para contribuir al alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luis” del municipio Pinar del Río sea aplicada.

2. Que se continúe investigando sobre el tema tratado en el presente trabajo.

3. Que se incrementen los medios terapéuticos como alternativa, utilizándose la misma metodología y aumentando su complejidad y diversidad.

## Bibliografía.

1. Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS. (1975). Metodología del conocimiento científico. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.
2. Alemán Martín, Sergio y col. (2003). Folleto de educación física escolar. La Habana, Escuela internacional de Educación Física y Deporte.
3. Alonso Marañón, Manuel Pedro. (1994). La Educación Física y su Didáctica Editorial Publicaciones LCCE.
4. Álvarez Cambra, Rodrigo y col. (SA). Programa para las áreas terapéuticas de la Cultura Física: Ortopedia. La Habana, INDER, MINSAP, MINED.
5. Amparo Torres, Maira.Y. (2000). Folleto de Teoría y Práctica de los juegos. Material reformativo de apoyo a la decencia. La Habana, EIEFD.
6. Amparo Torres Mayra y col. (SA). Fundamentos generales de los Juegos. Bosquejo histórico del origen y surgimiento de los juegos. **En su:** Folleto de Teoría y Práctica de los Juegos. Material Referativo de Apoyo a la Docencia. CD municipalización, págs. 58-90.
7. Anderson, I. y col. Técnicas comunitarias y educativas. Ciudad de la Habana, Editorial Pueblo y Educación.
8. Arias, H. (1995). La comunidad y su estudio. Personalidad, educación-salud. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
9. Arnau, E. y S. Senz, (1995). Técnicas de relajación. Barcelona, Oasis S. L.
10. Asociación de Profesores de Educación Física de Almería (1999). Los juegos eje investigaciones en la Educación Física Escolar. Proyecto Sócrates.
11. Bantula Jonot, Jaume. (2001). Juegos motrices Cooperativos. España, Editorial Paldotribo.
12. Blázquez, D. (2001). La Educación Física. Barcelona, Editorial Inde Publicaciones.
13. Bonder, G. /1994). Mujer y educación en América Latina. Iberoamericana de Educación. (Madrid) 6: 12-14.

14. Borysenko, J. (1998). Cómo alcanzar el bienestar físico y emocional mediante el poder de la mente. Colombia, Grupo Editorial Norma.
15. Bozhovich, L.I. /1986). La personalidad y su formación en la edad infantil. Ciudad de la Habana, Editorial Pueblo y Educación.
16. Brathawalte Stevens, Clarissa Ann (2005). Manual de actividades lúdicas para mejorar las habilidades motrices básicas en los niños síndrome de down del IPME de la Ciudad de Panamá. La Habana ELEFD.
17. Brugger, L. (1995). 1000 Ejercicios y Juegos de Calentamientos. Barcelona, Editorial Hispano-europeo.
18. Caballero González, Líela M. (SA). Texto provisional para los estudiantes de Cultura física. La Habana, Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo".
19. Cabeza Quiroga, R. y col. (1989). Manual del Paciente Asmático. Ciudad de La Habana, Centro Medico Quirúrgico.
20. Callol Delgado, R. y A. E. Sánchez Ortiz. (2004) Influencia de un programa de ejercicios físicos para niños asmáticos de 7/10 años que acuden al Centro de Actividad Física y Salud del Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo". Trabajo de Diploma. Ciudad de la Habana, ISCF "Manuel Fajardo".
21. Cascon, P Martín. (1995). La Alternativa del juego. Libros de las cataratas. Madrid.
22. Casimiro, A. J. (2000): Educación para la salud, actividad física y estilo de vida. Ed. Universidad de Almería.
23. \_\_\_\_\_. (2001): El acondicionamiento físico como fuente de educación, salud y rendimiento. Ed. Universidad de Almería.
24. Castaños Balcells, Marta. (1996). La Educación Física en la Enseñanza Primaria. Una propuesta Curricular para la Reforma. Barcelona INDER 3ra edición.
25. Comerartus, Joaquín. (SA). Diálogo de Gimnasia. Material mimeografiado.
26. Coulon, Alain. (1995). Etnometodología y educación. España, Editorial Paidós Eucador.

27. Compendio de artículos de Medicina Deportiva, Filial del Instituto Superior de Cultura Física. Pinar del Río.
28. Comte, Augusto. (1942). La reestructuración de la comunidad es una cuestión de urgencia moral. Material mimeografiado.
29. Cortés Junco, Nora. (SA). Ejercicios con fines terapéuticos. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
30. Cropp, G. J. A. (1983). Exercise-induced asthma. En Middleton, E. Reed, Ch. E. Allergy: principles and practice. San Louis, Editorial Mosby.
31. Cuba. Dirección Nacional Recreación del INDER. (2003). Documentos rectores de la Recreación Física en Cuba: años 2000-2003. La Habana.
32. Cuba. INDER. (1998). Los juegos en la Educación Física de los 6 a 12 años. La Habana.
33. Díaz de los Reyes, S. M. (1999) Actividad Física Terapéutica en las Enfermedades Obstructivas Respiratorias. Cali Colombia.
34. Díaz de Los Reyes, S. (2003). Programa de Cultura Física Terapéutica adaptado a la disminución ponderal. Tesis de Maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutica). La Habana, ISCF "Manuel Fajardo".
35. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. La Habana, Editorial Científico Técnica.
36. Dobler E. y H. Dobler. (1991). Juegos menores: un manual para escuelas y asociaciones deportivas. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
37. Doménech López, Yolanda. (SA). Introducción al Trabajo Social con grupos. **En:** Col. Curso de Formación de trabajadores sociales. Selección de lecturas sobre Sociología y trabajo social. CD Maestría. Trabajo comunitario, págs 154-155.
38. ENPES Reglamento de la educación de Postgrado de la República de Cuba. Ministerio de Educación Superior (1996). Resolución 6/96. La Habana.
39. Estévez Cullell Migdalia (2006). La Investigación científica en la actividad física, su metodología. La Habana, Editorial Deportes.

40. Fernández Díaz, Argelia. (SA). Trabajo Comunitario, Metodologías y Vías. Ciudad de La Habana, Universidad Pedagógica "E. J. Varona", Facultad de Ciencias de la Educación.
41. Fernández Echazabal, J. I. (1981) Índice de deformidad torácica en niños asmáticos de 1 a 14 años. II Jornada Nacional de Medicina Física y Rehabilitación. Ciudad de La Habana.
42. Ferreiro Gravié, R y col. (1993). Anatomía y fisiología del desarrollo e higiene escolar. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
43. Forteza de la Rosa, Armando mailto:forteza@ inder .co. cu. [http /www.efdeportes.com/](http://www.efdeportes.com/) Revista Digital - Buenos Aires - Año 5 - Nº 27 - Noviembre de 2000.
44. Fullea Bandera, Pedro. (2000). "PORQUE JUGAR... ES COSA DE JUEGO" La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
45. García Expósito, Lidia. (1990). Cultura Física Terapéutica: guía y contenidos de estudios. La Habana, Instituto Superior de Cultura Física Manuel Fajardo.
46. García, Idabelsis de la C. (2005). La reeducación de la respiración de los niños asmáticos de 8 a 12 años de edad del seminternado "Pedro Hernández Camejo" del municipio Los Palacios. Trabajo de Diploma. FCF "Nancy Uranga Romagoza". Pinar del Río.
47. García, C, Julia, (1998). De la C(s/a) Estudio sobre el comportamiento actual de la Recreación de los Consejos Populares. Tesis de Maestría
48. [.http//monografias.com](http://monografias.com), Abril de 2007. Hahn, E. Entrenamiento con niños. Barcelona, ediciones [http //www.efdeportes.com/](http://www.efdeportes.com/). Revista Digital-Buenos Aires.
49. Gardiner, M. D. "Manual de Ejercicios de Rehabilitación". Gelb, A. F. et al (1984) Exercise-induce bronchodilator in asthma.chest.
50. Gaya, A.C. (2002) Treinamento desportivo: aplicações e implicações Iniciação esportiva e a educação física escolar. João Pessoa – PB Editora Universitária/ UFPB.

51. Giner, Salvador. (SA). Sociología. Naturaleza de la sociología. Definición de la sociología. **En:** Col.. Curso de Formación de trabajadores sociales. Selección de lecturas sobre Sociología y trabajo social. CD Maestría, pag. 37-64.
52. Gkoin (1978). Gerenciales cubanas (Ciudad de La Habana, Cuba, año 1999).
53. Guyton A.C. (1984). "Tratado de Fisiología Médica", Tomo II, 6ta Edición. Ciudad de La. Habana, Editorial Pueblo y Educación.
54. Guyton, A.C."Fisiología Humana",6ta. ed., Ed. Pueblo y Educación, C. de la Habana, 1987 Hernández Corvo, R. "Morfología Funcional Deportiva", Editorial Científico-Técnica, C. de la Habana, 1987.
55. Gomes, A.C. (2002) Treinamento desportivo – estruturação e periodização: Seleção de talentos nos desportos. Porto Alegre, Editora ARTMED.
56. Gómez Orozco, L (1999). Revista Clínica y Terapéutica en Alergología de la Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunológica. México D. F.
57. González González, Martín. (2006). Desarrollo comunitario sustentable. Propuesta de una concepción metodológica en Cuba desde Educación Popular. Tesis de grado (Doctor en Ciencias de la Cultura Física) La Habana. CIE "Graciela Butillo".
58. Greco, PJ; Brenda, R.N. (1998) Iniciação esportiva universal da aprendizagem ao treinamento técnico. Belo Horizonte, Editora UFMG.
59. Grosser Starischka, Zimmermann. (1988). Principios del Entrenamiento Deportivo. Barcelona, Editorial Roca.
60. Hernández González, Reinol. (2002). Evaluación de un programa de entrenamiento físico en pacientes obesos con infarto del miocardio. Tesis de maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutico). La Habana, ISCF "Manuel Fajardo".
61. Hernández López, N. (2000) La actividad de juegos como medio para alcanzar la relación inter materia en alumnos de educación primaria. Tesis de Maestría (Maestría en Didáctica de la Educación Física Contemporánea) La Habana, ISCF "Manuel Fajardo".

62. Herzog, H. (1999). Revista Serie Asma-1. Sandoz Latinoamericana. Panamá.
63. Isidre Marías y M. Cruz Molina. Educación para la salud. Recurso para educadores, 1998 <http://www.deporteysalud.com> Revista digital.
64. Karpman. L.U. (1989). Medicina Deportiva. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
65. Koinig, René. (2001). Espacios en la comunidad. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
66. Klingberg Lotear (1968) Medios de Enseñanza. Libro de introducción a la Didáctica General pag-420 La Habana, Pueblo y Educación.
67. López Rodríguez, Alejandro. (2003). Hacia un enfoque integral físico educativo, Habana, Editorial Deporte.
68. Mclever, Robert. (1998). El trabajo comunitario como acción imprescindible. Moscú, Editorial Progreso.
69. Más González, Rafael (1969). Tratado de Fisiología Médica. Barcelona, Editorial Científico-Médica.
70. Nisbet, Robert. (1966): El Estado, la Iglesia, la familia, los sindicatos, los movimientos revolucionarios, la profesión, la cooperativa).
71. Noguera Gómez, R. I. y M. Álvarez Escoda. (SA). Desarrollo local, Gobernabilidad y descentralización. Desarrollo local. Una reflexión desde la realidad cubana. La Habana, Pueblo y Educación.
72. Oramas Delgado, M. (2003). Conferencia de Espirometría. Tesis de Maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutica). Ciudad de La Habana. Instituto de Neumología, Centro Benéfico Jurídico.
73. Pallares Vera, Arnaldo. (SA). Ejercicios y fisioterapia para el tratamiento del asma, La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
74. Popov, S. N. (1988). La Cultura Física Terapéutica. La Habana, Editorial Pueblo y Educación. Moscú. Prieto Rodríguez, José M. (SA).
75. OSM. (2006). Reporte del Consenso Internacional sobre diagnóstico del asma. Material mimeografiado.

76. Rodríguez Alonso, C. A. (1984). Composición corporal: somatotipo y proporcionalidad: métodos y procedimientos. Ciudad de La Habana, Instituto de Medicina Deportiva.
77. Rodríguez de la Vega, A. (1983). Investigaciones de la prevalencia nacional de asma bronquial. Cubana de Administración. (La Habana). Vol. 9, No. 2, pp. 95-117.
78. Sánchez Ramírez, G. y C. Rodríguez Alonso. (1987). Dimensiones antropométricas y controles de calidad. Ciudad de La Habana, Instituto de Medicina Deportiva.
79. Thompson, Clew W. Floyd, R. T. (SA). Manual de Kinesiología Estructural. Barcelona, Editorial Paidotribo.
80. Valdés López, Jesús Humberto. (2006). La reeducación de la respiración de los niños asmáticos de 8/12 años de edad del Seminternado "Abel Santamaría Cuadrado" del municipio Bahía Honda. Trabajo de Diploma. Pinar del Río. FCF "Nancy Uranga Romagoza".
81. Violich, Vladimir. (1998). Trabajo necesario en la comunidad. Moscú, Editorial Progreso.
82. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 5 - Nº 27
83. Paglilla, Raúl. (2000). El deporte, agente de cambio social en comunidades de refugiados de guerra. Disponible en: [mailto:raul\\_paglilla@yahoo.com](mailto:raul_paglilla@yahoo.com) . Consultado: 23 de enero de 2008.
84. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 5 - Nº 21 - Mayo 2000 Nuria Mendoza Laiz.



**Anexo 1. Observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 5 de noviembre del 2007).**

**Objetivo:** Determinar el tratamiento utilizado para contrarrestar el Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río.

Alejamiento de las crisis de Asma Bronquial Grado IV en niños entre 8/10 años de la comunidad del reparto “Capitán San Luís” del municipio Pinar del Río.

**Parámetros.**

1. Utilización correcta de la variante de calentamiento empleada.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
7. Si el profesor efectúa un control diario de la asistencia de los estudiantes.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
8. Si participan al tratamiento en el área.  
Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.  
*Bien\_\_\_, Regular\_\_\_, Mal\_\_\_.*

**Anexo 2. Clave de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 5 de noviembre del 2007).**

1. **Bien:** Si utiliza correctamente la variante de calentamiento empleada.  
**Regular:** Si utiliza la variantes de calentamiento empleada con imprecisiones..  
**Mal:** Si no utiliza alguna de las variantes del calentamiento o lo realiza mal.
2. **Bien:** Si es correcta la demostración de los ejercicios del calentamiento por parte del profesor.  
**Regular:** Si el profesor demuestra con alguna imprecisión los ejercicios del calentamiento o no los demuestra todos.  
**Mal:** Si no es correcta la demostración de los ejercicios del calentamiento por parte del profesor o no los demuestra.
3. **Bien:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios es correcta.  
**Regular:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios es correcta en ocasiones.  
**Mal:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios no es correcta.
4. **Bien:** Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.  
**Regular:** Si los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes en ocasiones.  
**Mal:** Si los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.
5. **Bien:** Si los ejercicios que se realizan no son reiterativos.  
**Mal:** Si los ejercicios que se realizan son reiterativos.
6. **Bien:** Si el profesor planifica las clases correctamente.

**Regular:** Si el profesor planifica las clases correctamente en ocasiones.

**Mal:** Si el profesor no planifica las clases correctamente.

**Anexo 2a. Clave de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 5 de noviembre del 2007).**

7. **Bien:** El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.

**Regular:** El profesor no efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.

**Mal:** El profesor no efectúa un control diario de la asistencia de los estudiantes.

8. **Bien:** Si participan al tratamiento en el área es entre 115 pacientes (92%) y 125 (100%).

**Regular:** Si participa entre 82/114 pacientes (65,6/91,2%).

**Mal:** Si participa 81 (64,8%) pacientes o menos.

9. **Bien:** Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.

**Regular:** Si en el tratamiento actual se utilizan a veces medios terapéuticos mediante el juego.

**Mal:** Si en el tratamiento actual no se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.

**Evaluación general de cada observación.**

**Bien:** Si los 9 parámetros están evaluados de bien.

Si 8 de bien y 1 de regular.

**Regular:** Si existen 9 parámetros evaluados de regular.

Si existen 7 de bien y 2 de regular.

Si existen 8 de regular y 1 de bien.

**Mal:** Si existen 8 parámetros evaluados de bien y 1 de mal

Si existen 7 de bien y 1 de regular y 1 de mal.

**Evaluación general de la observación (En cada observación se visitan tres clases en la misma semana).**

**Bien:** Si las tres evaluaciones están evaluadas de bien.

**Regular:** Si existen tres evaluaciones de regular.

Si existen dos evaluaciones de bien y uno de regular.

**Mal:** Si tiene al menos una observación de mal.

**Anexo 3. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 5 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
1. Utilización correcta de la variante de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**Anexo 3a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 5 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	83 niños	66,4
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100

**\*Evaluación general:** Mal porque tiene 1 parámetro evaluado de mal, 1 de regular, 6 de bien y uno no se evaluó.

**Anexo 4. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 7 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**Anexo 4a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 7 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	97	77,6
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100

**\*Evaluación general:** Mal porque tiene 6 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 2 de mal.



**Anexo 5. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 5a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Parámetros.		Prof 1	Prof 2	Total.	%
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	97	77,6
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100

**\*Evaluación general:** Mal porque tiene 6 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 2 de mal.

**La Evaluación general teniendo en cuenta el resultado de las tres clases visitadas:** Mal porque las tres clases fueron evaluadas de esa manera.

**Anexo 6. Pacientes que participaron al tratamiento en el área en cada observación.**

Observación	Cantidad de pacientes que asistieron.	%
1	83	66,4
2	97	77,6
3	97	77,6
Total	277	73,8
Promedio	91,6	

**Anexo 7. Encuesta a niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Jueves 8 de noviembre del 2007).**

Por favor, necesitamos su colaboración al responder con la mayor veracidad posible la siguiente encuesta. No necesita escribir su nombre, sólo marcar con una cruz (X) la respuesta a las siguientes preguntas, según tu opinión.

Objetivo: Conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento los pacientes con Asma Bronquial Grado IV desde sus propias opiniones.

1. ¿Con qué frecuencia te dan las crisis de asma?

Una (1) vez a la semana\_\_\_, Más de una (1) vez a la semana\_\_\_, Una (1) vez al mes\_\_\_, Más de dos (2) veces al mes\_\_\_.

2. ¿Ha abandonado el tratamiento en alguna ocasión al sentir ligera mejoría?

Si\_\_\_, No\_\_\_.

3. De haber abandonado el tratamiento cuando has sentido ligera mejoría:

a) ¿Cuántas veces lo ha abandonado?

1 vez\_\_\_, Entre 2/3 veces\_\_\_, Cuatro o más veces\_\_\_.

b) Enumere tres causas por lo que lo ha hecho.

---

---

---

4. ¿Te gustan las clases que imparte el profesor en el área?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

5. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor en el área como parte del tratamiento cuando:

a) Tiene crisis.

Una vez a la semana\_\_\_, De dos a cuatro veces\_\_\_, Diario\_\_\_.

b) No tiene crisis.

Una vez a la semana\_\_\_, De dos a cuatro veces\_\_\_, Diario\_\_\_, No asiste\_\_\_.

**Anexo 7a. Encuesta a niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Jueves 8 de noviembre del 2007).**

6. ¿Has realizado el tratamiento en el área en otras ocasiones?  
Si\_\_\_, No\_\_\_.
7. ¿Utiliza el profesor algún tipo de juego en el tratamiento que le ofrece en el área?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.
8. ¿Le gustaría la utilización de algún tipo de juego en el tratamiento que se le ofrece en el área?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.
9. ¿Utiliza el profesor algún tipo de medio en el tratamiento que le ofrece en el área?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.
- a). ¿De utilizar el profesor algún tipo de medio en el tratamiento que le ofrece en el área, cuáles son? (Marque una cruz cuantas veces sea necesario).  
Bastones\_\_\_, Pelotas\_\_\_, Globos\_\_\_, Banderas\_\_\_, Fotos\_\_\_, Láminas\_\_\_, Jabas “chillonas”\_\_\_.
10. ¿Le gusta la utilización de medios en el tratamiento que se le ofrece en el área?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.
11. ¿Le gustaría la utilización de algún tipo de medio terapéuticos mediante el juego en el tratamiento que se le ofrece en el área?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.
12. ¿El tratamiento que recibe es bueno para usted?  
Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

**Anexo 8. Resultado de la encuesta a niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Jueves 8 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Cantidad	Por ciento.
1. Frecuencia que le dan las crisis de asma.	Una vez a la semana.	0	0
	Más de una vez a la semana.	25	100
	Una vez al mes.	0	0
	Más de dos veces al mes.	0	0
2. Ha abandonado el tratamiento en alguna ocasión al sentir ligera mejoría.	Si	25	100
	No	0	0
3.De haber abandonado el tratamiento cuando has sentido ligera mejoría: a) ¿Cuántas veces lo ha hecho?	1 vez	7	28
	Entre 2/3 veces	10	40
	Cuatro o más veces	8	32
3.De haber abandonado el tratamiento cuando has sentido ligera mejoría: b) Enumere tres causas por lo que lo ha hecho.	Se me quitaron después de realizado el tratamiento por un tiempo.	7	28
	Me ocupaba el tiempo que tenía para jugar.	5	20
	Me aburría en las clases.	6	24
	Mi mamá no me llevaba.	3	12
	No se.	4	16

**Anexo 8a. Resultado de la encuesta a niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Jueves 8 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Cantidad	Por ciento.
4.Te gustan las clases que imparte el profesor en el área	Si	10	40
	No	3	12
	A veces	12	48
5. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor en el área como parte del tratamiento cuando: a) Tiene crisis.	Una vez a la semana	0	0
	De dos a cuatro veces	0	0
	Diario	25	100
5. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor en el área como parte del tratamiento cuando: b) No tiene crisis.	Una vez a la semana	3	12
	De dos a cuatro veces	9	36
	Diario	0	0
	No asiste	13	52
6. Ha realizado el tratamiento en el área en otras ocasiones	Si	25	100
	No	0	0
7.Utiliza el profesor algún tipo de juego en el tratamiento que le ofrece en el área	Si	0	0
	No	19	76
	A veces	6	24
8. Le gustaría la utilización de algún tipo de juego en el tratamiento que se le ofrece en el área	Si	24	96
	No	0	0
	A veces	1	4

**Anexo 8b. Resultado de la encuesta a niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Jueves 8 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Cantidad	Por ciento.
9. Utiliza el profesor algún tipo de medio en el tratamiento que le ofrece en el área.	Si	20	80
	No	0	0
	A veces	5	20
9. a). ¿De utilizar el profesor algún tipo de medio en el tratamiento que le ofrece en el área, cuáles son?	Bastones	23	92
	Pelotas	7	28
	Globos	7	28
	Fotos	6	24
	Láminas	8	32
	Jabas “chillonas”	25	100
	Bandarás	4	25
10. Le gusta la utilización de medios en el tratamiento que se le ofrece en el área.	Si	19	76
	No	1	4
	A veces	5	20
11. Le gustaría la utilización de algún tipo de medio terapéutico mediante el juego en el tratamiento que se le ofrece en el área.	Si	24	96
	No	0	0
	A veces	1	4
12. El tratamiento que recibe es bueno para usted.	Si	25	100
	No	0	0
	A veces	0	0



**Anexo 9. Encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Por favor, necesitamos su colaboración al responder con la mayor veracidad posible la siguiente encuesta. No necesita escribir su nombre, sólo marcar con una cruz (X) la respuesta a las siguientes preguntas, según tu opinión.

**Objetivo:** Conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento los pacientes con Asma Bronquial Grado IV desde la opinión del profesor.

1. Considera la asistencia de los pacientes al tratamiento cuando tienen crisis como:  
Buena\_\_\_, Regular\_\_\_, Mala\_\_\_.
2. Considera la asistencia de los pacientes al tratamiento cuando no tienen crisis como:  
Buena\_\_\_, Regular\_\_\_, Mala\_\_\_.
3. Causas que influyen en la ausencia al tratamiento cuando no tienen crisis (marcar con una cruz (X) las respuestas que entienda):  
Mejoría momentánea de las crisis\_\_\_, Despreocupación de los padres\_\_\_, Le resulta monótono el tratamiento tras un período\_\_\_, Otras\_\_\_, No se\_\_\_.
4. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor en el área como parte del tratamiento cuando (puede marcar dos opciones):
  - a) Tiene crisis.  
Una vez a la semana\_\_\_, De dos a cuatro veces en la semana\_\_\_, Diario\_\_\_.
  - b) No tiene crisis.  
Una vez a la semana\_\_\_, De dos a cuatro veces en la semana \_\_\_, Diario\_\_\_, No asiste\_\_\_.
5. ¿Utiliza usted algún tipo de juego en el tratamiento que le ofrece en el área?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

a) ¿Cuáles?

6. ¿Utiliza usted algún tipo de medio en el tratamiento que le ofrece en el área?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

a) ¿De utilizar algún tipo de medio en el tratamiento, cuáles son? (Marque una cruz cuantas veces sea necesario).

Bastones\_\_\_, Pelotas\_\_\_, Globos\_\_\_, Banderas\_\_\_, Fotos\_\_\_, Láminas\_\_\_, Jabas “chillonas”\_\_\_.

**Anexo 9a. Encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

7. ¿Le gusta a los pacientes la utilización de medios en el tratamiento que se le ofrece en el área?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

8. ¿Utiliza algún tipo de medio terapéutico en el tratamiento?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

9. ¿Tiene conocimiento de medios terapéuticos que contribuyan al tratamiento de los pacientes con asma bronquial?

Si\_\_\_, No\_\_\_.

10. ¿El tratamiento que reciben los pacientes que asisten al área es efectivo?

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces\_\_\_.

**10. Resultado de la encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Prof 1	Prof 2	Total	%
1. Considera la asistencia de los pacientes al tratamiento cuando tienen crisis como	Buena	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mala	-	-	-	-
2. Considera la asistencia de los pacientes al tratamiento cuando no tienen crisis como:	Buena	-	-	-	-
	Regular	-	1	1	50
	Mala	1	-	1	50
3. Causas que influyen en la ausencia al tratamiento cuando no tienen crisis.	Mejoría momentánea de las crisis	1	1	2	100
	Despreocupación de los padres	1	1	2	100
	Le resulta monótono el tratamiento tras un período	1	1	2	100
	Otras	1	1	2	100
	No se	-	-	-	-
4. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor como parte del tratamiento cuando: a) Tiene crisis.	Una vez a la semana	0	0	0	0
	De dos a cuatro veces en la semana	0	0	0	0
	<b>Diario</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

**Anexo 10a. Resultado de la encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Prof. 1	Prof. 2	Total	%
4. Frecuencia con que asiste a las clases que imparte el profesor en el área como parte del tratamiento cuando: b) No tienen crisis.	Una vez a la semana.	1	1	2	100
	De dos a cuatro veces en la semana.	1	1	2	100
	Diario	-	-	-	-
	No asiste	-	-	-	-
5. Utiliza algún tipo de juego en el tratamiento	Si	1	1	2	100
	No	-	-	-	-
	A veces	-	-	-	-
6. Utiliza algún tipo de medio en el tratamiento	Si	1	1	2	100
	No	-	-	-	-
	A veces	-	-	-	-
a) ¿De utilizar algún tipo de medio en el tratamiento, cuáles son?	Bastones	1	1	2	100
	Pelotas	1	1	2	100
	Globos	1	1	2	100
	Banderas	1	1	2	100
	Fotos	--	1	1	50
	Láminas	1	1	2	100
	Jabas “chillonas”	1	1	2	100

**Anexo 10b. Resultado de la encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Viernes 9 de noviembre del 2007).**

Parámetros.	Respuesta	Prof. 1	Prof. 2	Total	%
7. Le gusta a los pacientes la utilización de medios en el tratamiento que se le ofrece en el área	Si	1	1	2	100
	No	-	-	-	-
	A veces	-	-	-	-
8. Utiliza algún tipo de medio terapéutico mediante el juego en el tratamiento	Si	-	-	-	-
	No	1	1	2	100
	A veces	-	-	-	-
9. Tiene conocimiento de medios terapéuticos que contribuyan al tratamiento de los pacientes con asma bronquial	Si	-	-	-	-
	No	1	1	2	100
10.El tratamiento que reciben los pacientes que asisten al área es efectivo	Si	1	1	2	100
	No	-	-	-	-
	A veces	-	-	-	-

**Anexo 11. Entrevista a los familiares de los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Martes 13 de noviembre del 2007).**

Por favor, necesitamos su colaboración al responder con la mayor veracidad posible la siguiente encuesta. No necesita escribir su nombre.

**Objetivo:** Conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento los pacientes con Asma Bronquial Grado IV desde la opinión de los familiares.

1. ¿Desde cuando el niño padece de Asma Bronquial Grado IV?
2. ¿Cuándo tiene crisis de asma, con qué frecuencia asiste al tratamiento?
  - a) De tener ausencias, enumere las causas por las que no asiste.
3. ¿Cuándo no tiene crisis, con qué frecuencia asiste al tratamiento?
  - a) Enumere las causas por las que no asiste en esta situación.
4. ¿Ha participado en alguna sesión del tratamiento?
  - a) De ser positiva su respuesta, enumere la cantidad aproximada de veces que lo ha hecho.
5. ¿Considera que ha sido efectivo el tratamiento? Argumente su respuesta.
6. ¿Ha recibido información acerca del Asma Bronquial Grado IV? Destaque lo que más le ha llamado la atención.
7. Como parte del tratamiento, ¿el profesor utiliza medios? Argumente su respuesta.
8. ¿En la clase, el profesor utiliza juegos? Argumente su respuesta.
9. ¿En la clase, el profesor utiliza medios terapéuticos? Argumente su respuesta.

**Anexo 12. Clave de la segunda y tercera observaciones a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 3 de marzo del 2008).**

1. **Bien:** Si utiliza correctamente la variante de calentamiento empleada.  
**Regular:** Si utiliza la variantes de calentamiento empleada con imprecisiones.  
**Mal:** Si no utiliza alguna de las variantes del calentamiento o lo realiza mal.
2. **Bien:** Si es correcta la demostración de los ejercicios del calentamiento por parte del profesor.  
**Regular:** Si el profesor demuestra con alguna imprecisión los ejercicios del calentamiento o no los demuestra todos.  
**Mal:** Si no es correcta la demostración de los ejercicios del calentamiento por parte del profesor o no los demuestra.
3. **Bien:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios es correcta.  
**Regular:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios es correcta en ocasiones.  
**Mal:** Si la ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios no es correcta.
4. **Bien:** Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.  
**Regular:** Si los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes en ocasiones.  
**Mal:** Si los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.
5. **Bien:** Si los ejercicios que se realizan no son reiterativos.  
**Mal:** Si los ejercicios que se realizan son reiterativos.
6. **Bien:** Si el profesor planifica las clases correctamente.

**Regular:** Si el profesor planifica las clases correctamente en ocasiones.

**Mal:** Si el profesor no planifica las clases correctamente.

**Anexo 12a. Clave de la segunda y tercera observaciones a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 3 de marzo del 2008).**

7. **Bien:** El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.

**Regular:** El profesor no efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.

**Mal:** El profesor no efectúa un control diario de la asistencia de los estudiantes.

8. **Bien:** Si participan al tratamiento en el área es entre 23 pacientes (92%) y 25 (100%).

**Regular:** Si participa entre 16/22 pacientes (64.88%).

**Mal:** Si participa 15 (60%) pacientes o menos.

9. **Bien:** Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.

**Regular:** Si en el tratamiento actual se utilizan a veces medios terapéuticos mediante el juego.

**Mal:** Si en el tratamiento actual no se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.

**Evaluación general.**

**Bien:** Si los 9 parámetros están evaluados de bien.

Si 8 de bien y 1 de regular.

**Regular:** Si existe 9 parámetros evaluados de regular.

Si existen 7 de bien y 2 de regular.

Si existen 8 de regular y 1 de bien.

**Mal:** Si existe 8 parámetros evaluados de bien y 1 de mal

Si existen 7 de bien y 1 de regular y 1 de mal.



**Evaluación general de cada observación vista como una secuencia de 1 observación.**

**Bien:** Si las tres evaluaciones están evaluadas de bien.

**Regular:** Si existen tres evaluaciones de regular.

Si existen dos evaluaciones de bien y uno de regular.

**Mal:** Si tiene al menos una observación de mal.

**Anexo 13. Resultados de la observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 3 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 13a. Resultados de la segunda observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 3 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	18	<b>72</b>
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** bien porque tiene 7 parámetros evaluados de bien, 1 no evaluado.

**Anexo 14. Resultados de la segunda observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 5 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 14a. Resultados de la segunda observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 5 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	<b>100</b>
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	21	<b>84</b>
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** Mal porque tiene 7 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 1 de mal.

**Anexo 15. Resultados de la segunda observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 7 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 15a. Resultados de la segunda observación a tres clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 7 de marzo del 2008).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	1	1	2	100
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	-	-
	Regular	-	-	20	80
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** Mal porque tiene 7 parámetros evaluados de bien, 1 de regular y 1 de mal.

**\*La Evaluación general teniendo en cuenta el resultado de las tres clases visitadas:** Es de Mal porque tiene dos observaciones de la secuencia con mal.

**Anexo 16. Pacientes que asistieron al tratamiento durante el segundo bloque de observaciones.**

Observación	Cantidad de pacientes que asistieron.	%
1	18	72
2	21	84
3	20	80
Total	59	78,6
Promedio	19,6	



**Anexo 17. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 2 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 17a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Lunes 2 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	24	96
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** Bien porque tiene 8 parámetros evaluados de bien, 1 no evaluado.

**Anexo 18. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 4 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	<b>100</b>
	Regular	-	-	-	-
	<b>Mal</b>	-	-	-	-

**Anexo 18a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Miércoles 4 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	1	1	2	100
	Mal	-	-	-	-
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	23	92
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** Bien porque tiene los 9 parámetros evaluados de bien.

**Anexo 19. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 6 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
1. Utilización correcta de las variantes de calentamiento empleada.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
2. Demostración de los ejercicios de calentamiento por parte del profesor.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
3. Ubicación del profesor en la demostración de los ejercicios.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
4. Los ejercicios están en correspondencia con el tipo de asma bronquial de los pacientes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**Anexo 19a. Resultados de la observación a clases para niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV. (Viernes 6 de marzo del 2009).**

<b>Parámetros.</b>		<b>Prof 1</b>	<b>Prof 2</b>	<b>Total.</b>	<b>%</b>
5. Los ejercicios que se realizan son reiterativos.	Bien	1	1	2	100
	Mal	-	-	-	-
6. Si el profesor planifica las clases correctamente.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
7. El profesor efectúa control diario de la asistencia de los estudiantes.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
8. Si participan al tratamiento en el área.	Bien	-	-	24	96
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-
9. Si en el tratamiento actual se utilizan medios terapéuticos mediante el juego.	Bien	1	1	2	100
	Regular	-	-	-	-
	Mal	-	-	-	-

**\*Evaluación general:** Bien porque tiene los 9 parámetros evaluados de bien.

**\*La Evaluación general teniendo en cuenta el resultado de las tres clases visitadas:** Bien porque tiene las tres observaciones de la secuencia con bien.

**Anexo 20. Pacientes que asistieron al tratamiento durante el tercer bloque de observaciones.**

Observación	Cantidad de pacientes que asistieron.	%
1	24	96
2	23	92
3	24	96
Total	71	94,6
Promedio	23,6	

**Anexo 21. Entrevista a los familiares de los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV que reciben tratamiento en el área. (Martes 10 de marzo del 2009).**

Por favor, necesitamos su colaboración al responder con la mayor veracidad posible la siguiente encuesta. No necesita escribir su nombre.

**Objetivo:** Conocer el grado de efectividad de los ejercicios que reciben en el tratamiento los pacientes con Asma Bronquial Grado IV desde la opinión de los familiares.

1. ¿Cuándo tiene crisis de asma, con qué frecuencia asiste al tratamiento?
  - a) De tener ausencias, enumere las causas por las que no asiste.
2. ¿Cuándo no tiene crisis, con qué frecuencia asiste al tratamiento?
  - a) Enumere las causas por las que no asiste en esta situación.
3. ¿Después de la entrevista realizada a usted, ha participado en alguna sesión del tratamiento?
  - a) De ser positiva su respuesta, enumere la cantidad aproximada de veces que lo ha hecho.
4. ¿Considera que ha sido efectivo el tratamiento? Argumente su respuesta.
5. ¿Después de la entrevista realizada a usted, ha recibido información acerca del Asma Bronquial Grado IV? Destaque lo que más le ha llamado la atención.



**Anexo 22. Encuesta a los profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV.**

6. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento general del organismo.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

7. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento general de las vías respiratorias.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

8. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento de los músculos respiratorios.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

9. Los medios terapéuticos han logrado el aumento de la capacidad vital.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

10. Los medios terapéuticos han logrado el aumento de la elasticidad alveolar.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

11. Se han alejado las crisis a los pacientes.

Si\_\_\_, No\_\_\_, A veces.

**Anexo 23. Encuesta a profesores que atienden a los niños entre 8/10 años con Asma Bronquial Grado IV.**

Parámetros.	Respuesta	Cant.	%
1. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento general del organismo.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-
2. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento general de las vías respiratorias.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-
3. Los medios terapéuticos han logrado el fortalecimiento de los músculos respiratorios.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-
4. Los medios terapéuticos han logrado el aumento de la capacidad vital.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-
5. Los medios terapéuticos han logrado el aumento de la elasticidad alveolar.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-
6. Se han alejado las crisis a los pacientes.	Si	2	100
	No	-	-
	A veces	-	-

**Anexo 24. División del asma, según los últimos consensos internacionales.**


<b>NIVEL DE ASMA</b>	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>SÍNTOMAS NOCTURNOS</b>	<b>PICO MÁXIMO</b>
<b>Estadio 1. Leve Intermitente.</b>	<b>&lt; 1 por semana</b>	<b>2 veces al mes</b>	<b>&gt; 80% del previsto Variabilidad &lt; 20%.</b>
<b>Estadio 2. Leve Persistente.</b>	<b>&gt; 1 por semana &lt; 1 por día</b>	<b>&gt;2 veces al mes</b>	<b>&gt;80% del previsto Variabilidad 20-30%.</b>
<b>Estadio 3. Moderado</b>	<b>Uso de Biométrico a diario</b>	<b>&gt; 1 vez por semana</b>	<b>60-80% del previsto Variabilidad &gt; 30%</b>
	<b>Alteración de actividad diaria</b>		
<b>Estadio 4. Severo</b>	<b>Limitación física Continúa.</b>	<b>Frecuente</b>	<b>&lt;60% del previsto Variabilidad &gt; 30%</b>

## **Anexo 25. Ejercicios del tratamiento actual del asma bronquial en el área terapéutica de la Escuela Comunitaria “Fidel Linares Llanes” del municipio Pinar del Río.**

 Ejercicios de calentamiento y estiramiento.

1. PI. Parado, piernas separadas, brazo arriba con manos entrelazadas realizar extensión de los brazos hacia arriba durante el tiempo señalado anteriormente.
2. PI. Parado, piernas separadas, flexionar el tronco al frente y las manos agarrando los gemelos, realizar extensión de la espalda, durante tiempo señalado anteriormente.
3. PI. Parado de lado a la espaldara con apoyo de la mano más cercana, realizar una flexión de rodillas con la pierna más distal y agarre del pie con la mano del mismo lado, mantener flexionada la pierna con la rodilla en dirección al suelo y paralela a la `pierna extendida, Alternar.
4. PI. Parado, brazo al lado del cuerpo, extender un brazo arriba y otro abajo. Alternar.
5. PI. Parado con la espalda apoyada a la pared, realizar flexión de la rodilla tratando de pegar el muslo al abdomen.

### **Movilidad articular.**

 Ejercicios individuales.

1. Flexión parado, piernas ligeramente separadas, mano en la cintura flexión del cuello al frente y atrás.
2. Torsión parada, piernas ligeramente separadas, manos en la cintura torsión del cuello izquierda derecha.
3. Desde la posición de parado, con brazo laterales, realizar círculo de brazo al frente y atrás.

4. Desde la posición de parado, con brazo arriba, realizar círculo de brazo al frente y atrás.
5. Desde la posición de parado, piernas separadas, con brazo arriba y otro abajo, realizar movimiento alternos de brazo arriba y abajo.
6. De apoyo mixto de frente, realizar flexión de piernas, manteniendo los brazos extendidos.
7. De apoyo mixto de frente, realizar flexión de piernas, manteniendo los brazos extendidos.
8. Parado con brazo atrás realizar empuje hacia arriba.
9. Sentado, pasar al apoyo sobre una pierna que se flexiona y la otra extendida al frente, para realizar empuje sobre los hombros, Alternar con ambas piernas.
10. Parado con brazos arriba, realizar flexión completa del tronco al frente, pero apoyar las manos a los lados de los pies.
11. Sentado, piernas en esparrancas y brazos arriba realizar, flexión del tronco al frente.
12. Igual a la anterior, pero realizar flexión sobre cada pierna alternadamente.
13. Acostado al frente con brazo arriba, realizar arqueo.
14. Parado, brazo izquierdo arriba y la mano derecha en la cintura realizar flexión lateral a la derecha y luego a la izquierda, alternativamente.
15. Desde la posición de parado con las piernas en esparrancas, brazo arriba, realizar flexión del tronco al frente.
16. Desde la posición de cuclilla y manos apoyadas en el piso, extender las piernas y tomar la posición de flexión completa.
17. Desde apoyo mixto arrodillado, realizar flexión del tronco.
18. Acostado atrás y brazo abajo elevar la cadera.
19. De la posición de parado con piernas separadas, brazo lateral, hacer asaltos laterales hacia la derecha e izquierda.
20. Parado con brazo abajo, llevar piernas atrás coordinadamente con brazo arriba.

21. De la posición de parado, con brazo arriba, flexionar el tronco al frente, a la vez que se lleva una pierna atrás, mantener la posición (balanza de frente).
22. Acostado atrás con brazo arriba, llevar una pierna al frente, Alternar con ambas.
23. Desde parado con manos en la cintura, realizar asaltos al frente con empuje.
24. Parado con piernas en esparrancas, separar progresivamente las piernas, sin llegar a lo profundo.
25. Desde la posición, parado con piernas lateral abajo, manos en la cintura, realizar círculos con las piernas, Alternar con ambas piernas.

### **Ejercicios en parejas.**

1. Sentado con brazos atrás, el compañero a su espalda lo toma por los brazos para halarlo progresivamente hacia arriba.
2. Desde la posición de parado, de espalda, las manos agarradas desde brazos laterales abajo, llevarlas arriba.
3. Un compañero sentado con brazo arriba, el otro con asalto al frente a sus espalda, le sujeta los brazos y los lleva atrás.
4. Un compañero sentado, con brazos laterales flexionados a la nuca, el otro parado a sus espaldas, lo sujeta por los codos para llevarlo atrás con empuje.
5. Los compañeros sentados frente a frente, piernas en esparranca y las manos cogidas desde brazo al frente, realizar flexión del tronco al frente alternadamente.
6. Igual al anterior, pero las piernas unidas.
7. Parado de espalda, con brazo arriba y separado a una distancia prudencial, realizar arqueado a la misma vez y hacer contacto con las manos.
8. De espalda, parado con piernas unidas y las manos cogidas desde brazo atrás, realizar ambos a la vez, flexión del tronco al frente.

9. Sentado, de espalda, con los brazos atrás flexionados entrelazados, uno tendrá las piernas flexionadas y realizara extensión de ellas para ocupar la posición de arqueo sobre su compañero, que pasara a sentado flexionado, se realizara sistemáticamente.
10. Un compañero sentado con brazo arriba, el otro a sus espaldas parado y las manos apoyadas en ellas lo empuja hacia abajo para realizar flexión del tronco al frente.
11. De frente cada compañero, parado con manos agarradas desde brazo al frente, llevar ambas piernas atrás a la misma vez.
12. De frente cada compañero, con manos sujetas, desde brazos laterales al frente, llevar piernas al frente y arriba alternadamente.
13. Igual al anterior, pro situado de frente a su compañero, para llevarle la pierna lateral.
14. Sentado con piernas flexionadas y la planta de los pies haciendo contacto, su compañero de frente a el, en cuclillas, empujará hacia abajo las rodillas con ambas manos.
15. De espalda, con brazo atrás, flexionados y entre cruzados llevar los dos a la vez, piernas contrarias al frente, realizar con ambas piernas.
16. Acostado lateral, las manos apoyadas en el piso, su pareja al lado en cuclillas le agarrara por una pierna, para llevarla al lateral. Realizar con ambas manos.

## **II - Ejercicios de reducción respiratoria.**

**Para afecciones respiratorias.**

1. PI. Sentado, manos apoyadas en las rodillas, respiraron calmada con disminución voluntaria de su frecuencia durante 30-40 segundos.
2. PI. Sentado, manos apoyadas en la rodilla, flexionar la pierna derecha acercando la rodilla al abdomen, espiración, posición inicial, inspiración, cambio para la pierna izquierda, repetir 5-6 veces.
3. PI. Sentado, manos apoyadas en la rodillas, torsión del tronco ala derecha, brezo derecho lateral con la palma arriba, inspiración, posición inicial, espiración, cambio para la parte izquierda, repetir 3-4 veces.
4. Marcha lenta con respiración dirigida, cada dos pasos, inspiración, a los dos siguientes, espiración, (en clases siguientes se alarga a 3-4 veces.
5. PI. Parado, con agarre al respaldar de una silla, realizar cuclillas, espiración, posición inicial, inspiración, repetir de 5-6 veces.
6. PI. Decúbito supino, brazo derecho arriba, inspiración, relajar los músculos del brazo izquierdo, repetir 3-4 veces.
7. PI. Decúbito supino, piernas flexionadas en las rodillas y las articulación coxofemoral, respiración abdominal disminuyendo su frecuencia voluntariamente, realizar durante 30-40 segundo.
8. PI. Sentado, manos apoyadas en la rodilla, adducción y abducción de los pies por la articulación tibioperoneastragalina (tobillo) con flexión y extensión simultanea de los dedos de las manos, repetir de 12-16 veces.
9. PI. Decúbito supino con almohada en la región poplíteas y un saco de arena de 5 libras sobre el abdomen, elevando los brazos a 180 grados en inspiración y bajarlo en espiración.
10. PI. Decúbito supino con almohada en la región poplíteas y un saco de arena de 5 libras sobre el abdomen, elevando los hombros en inspiración y bajarlo en espiración.
11. PI. Posición de William, inspiración y al espiral flexionar las caderas ayudándose con las manos como si quisiera comprimir la región abdominal con el muslo. Alternar con la otra pierna.



12. Pl. Posición de William, inspiración y al espirar flexionar las caderas ayudándose con las manos como si quisiera comprimir la región abdominal con ambos músculos.
13. Pl. De pie, brazos laterales, manos en los hombros opuestos, inspirar en abducción horizontal y espiral regresando a la posición inicial.
14. Pl. De pie, manos debajo de las ultimas costillas inspirando con rotación y espiración con presión hacía dentro y hacia arriba del abdomen con la mano contraria del lado del abdomen y viceversa.
15. Inspirar profundamente proyectando al máximo el abdomen hacia fuera.
16. Pl. De pie, con las manos en la cintura, inspirar proyectando el abdomen hacia delante, espirar introduciendo el abdomen al máximo.
17. Pl. De pie con las manos en los hombros, inspirar profundo llevando los codos hacia atrás, espirar profundo trayendo los codos hacia delante y comprimiendo el tórax con ambos brazos.
18. Acostado boca arriba, flexionar el tronco llevando las manos a la punta de los pies, espirando, retornar a la posición inicial, inspirando.
19. Acostado de lado (derecho o abdomen), flexionar el músculo contrario e inspirar el abdomen hacia delante. Espirar introduciendo al máximo el abdomen.
20. Acostado de cubito supino, inspirar elevando los brazos por ambos lados del cuerpo.
21. Espirar lentamente al bajar los brazos por ambos lados del cuerpo.
22. Parado con las manos en la nuca, flexionar el tronco hacia abajo espirando, inspirar hacia arriba hasta la posición de hiperextensión.
23. Parado con las manos en la cintura, inspirar llevando los codos hacia atrás, espirando llevando los codos hacia delante.
24. Sentado en una silla o banca, colocar las palmas de las manos en la parte inferior del tórax, inspirar presionando fuertemente el tórax con las manos (haciendo resistencia a la respiración), a mediados de la inspiración retirar rápidamente la presión sobre el tórax, produciéndose de esa forma una expansión brusca del mismo.

25. Espirar profundamente y al final de la espiración presionar con ambas manos sobre el tórax, tratando de expulsar el resto del aire contenido en los pulmones.
26. Parado correctamente, con los pies separados a la anchura de los hombros, flexionar el tronco hacia delante llevando los brazos descolgados y relajados hacia abajo, espirando prolongadamente e introduciendo el abdomen. Retornar a la posición inicial, inspirando.

### **III- Ejercicios de fortalecimiento muscular.**

#### **Músculos proyectores hacia delante.**

- a) Tensión muscular: Junte las manos detrás de la nuca y manténgalas contra la cabeza del compañero debe presionarle sobre los codos, y usted, apretar con todas sus fuerzas hacia adelante durante 20 segundos.
- b) Strech: Extensión pasiva hacia atrás, su compañero le dirige los codos hacia atrás y le sujeta firmemente durante 20 segundos.

#### **Musculatura pectoral.**

- a) Tensión muscular: Mantenga los brazos extendidos delante del cuerpo y oprima las manos fuertemente, una contra la otra durante 20 segundos.
- b) Strech: Extienda los brazos hacia arriba y hacia atrás, de forma pasiva, y permanezca 20 segundo, sujetándose en una red o con la ayuda de un compañero que le sujete las muñecas.

Estos ejercicios se efectúan entre dos personas apoyándose espalda contra espalda, tomarse las manos y mantener los brazos estirados lateralmente y rectos. En primer lugar, ejerciendo tensión muscular activa, intentando presionar los brazos hacia delante, luego la extensión

de los brazos, separándose un paso del compañero y sujetándose fuerte con las manos.

#### **Basculador del brazo hacia delante.**

- a) Strech: Mantenga las manos en la misma posición, pero flexione las rodillas y agachase lo que mas pueda. Sienta la tensión en los hombros, brazo y pecho. Permanezca así durante unos 15 segundos.

#### **Músculos extensores de la espalda.**

- a) Tensión muscular: Actitud estática del remero. Siéntase en una silla y afianzase bien en el asiento. Deje caer el cuerpo atrás y con la máxima fuerza posible intente echar el asiento hacia atrás con la mano bajo su cuerpo durante 20 o 30segundo.
- b) Strech: Deje caer el tronco hacia delante y hacia abajo. Permanezca así 20 o 30 segundos.

#### **Musculatura profunda de la espalda, región extensora.**

- a) Tensión muscular: Tiéndase sobre la es espalda, levante las piernas y abárrelas con las manos por debajo de la rodilla. Apriete los glúteos y presione la región lumbar contra el suelo durante 20 segundo las rodillas hacia abajo, contra la resistencia ofrecida por las manos.
- b) Stretch: Tire las rodillas lo mas hacia la barbilla posible y permanezca así 20 segundos.

#### **Musculatura lateral del cuello.**

- a) Tensión muscular: Flexione la cabeza ligeramente hacia un lado, coloque la mano del mismo lado de la cabeza y presione con fuerza en esta posición la cabeza contra la resistencia ofrecida por la mano. La tensión debe mantenerse durante 20 segundos.

#### **Musculatura lateral del tronco.**

- a) Tensión muscular: De pie de lado a la pared, punta de pie separado. Levante el brazo lo más alto que pueda y presione fuertemente durante 15 segundos el dorso de la mano, el costado y el brazo contra la pared.
- b) Stretch: Flexione despacio la cintura lateralmente hacia fuera, apartándose de la pared. Mantenga el brazo recto por encima de la cabeza. Apoye la otra mano en la cadera y permanezca en stretch durante 10 segundos. Este se dejara sentir en el costado.

#### **Musculatura abdominal.**

- 1. PI. Decúbito supino, brazo arriba aguantados de la espaldera, realizar elevación de las piernas unidas y recta hasta la vertical y bajar la misma, si que los talones toquen el suelo.
- 2. PI. Decúbito supino, brazos arriba aguantados de la espaldera, realizar elevación de una pierna recta hasta la vertical y bajar la misma, alternado con la otra.
- 3. PI. Decúbito supino, piernas flexionadas a un ángulo de 45grados, introducida en la espaldera o sostenidas por un compañero y brazo arriba, realiza elevación del tronco hasta la vertical y regresar a la posición inicial.
- 4. PI. Decúbito supino, Piernas flexionadas en un ángulo de 45 grados, brazo cruzados en el tórax y manos sobre los hombros, realizar movimiento de contracción de abdomen, con pequeños movimiento del tronco al frente.
- 5. PI. Decúbito supino, Brazo arriba aguantados de la espaldera, realizar elevación de las piernas y hacer movimientos de pataleos.
- 6. PI. Decúbito supino, con apoyo de antebrazo y elevación de las piernas, realizar movimiento de tijeras.

#### **IV. Ejercicios para el desarrollo de la resistencia aeróbica.**

En relación con las categorías y manifestaciones de la resistencia, se desarrolla la resistencia general, también llamada resistencia de base,

que es la recomendada para mantener o recuperar salud. Los métodos utilizados fundamentalmente para la educación de la resistencia de base son los siguientes.

✚ Método continuo (con velocidad lenta, moderada y variada).

✚ Método de juego.

#### **V. Ejercicios de relajación.**

1. Seleccione una habitación lo mas tranquila posible, en la semipenumbra.
2. Elija una superficie que no resulte excesivamente blanda ni excesivamente dura, por ejemplo, una manta doblada en cuatro, o una alfombra.
3. Cierre los parpados, pero sin crear presión sobre ellos.
4. Regule la respiración, una respiración pausada y nasal, preferiblemente abdominal.
5. Tome conciencia a continuación del estomago y del pecho. Afloje todos los músculos del estomago y del pecho. Siéntalo mas y mas flojo, pesados, relajados y mas relajado.
6. Revise la musculatura de la espalda, y los hombros. Todos los músculos de la espalda, los brazos y los hombros deben irse aflojando, pesados, relajados y más profundamente relajados.
7. Perciba atentamente las distintas partes del rostro. La mandíbula inferior, ligeramente caída, los parpados relajados profundamente, la frente y el entrecejo alisados, sin tensión y sin rigidez, pesando todo el rostro, relajado, pesado, muy pesado.
8. Trate de no distraerse. Continué profundizando en la relajación.

## Desarrollo

En años anteriores **nos dimos** a la tarea de observar con detenimiento los ejercicios que realizan los pacientes asmáticos que asisten al área terapéutica del Gimnasio de Cultura Física el cual lleva como nombre Fidel Linares el mismo de la calle Belescaviedes del municipio de Pinar del Río y nos dimos a la tarea de confeccionar un conjunto de medios para el trabajo con el asmático sirviendo estos para la mejoría de la capacidad respiratoria de los pacientes comenzando por la confección del medio titulado **Canal Respiratoria**, el cual con su ejercitación permite al alumno mediante un juego realizar espiraciones profundas y mejorar su capacidad respiratoria facilitándole así al profesor un mejor desenvolvimiento de su trabajo, ya que estos medios estimulan al paciente y permanecen jugando y mejorando su capacidad respiratoria, la crisis y al mismo tiempo su salud.

Para la confección de este medio utilizamos los siguientes materiales:

recortes de maderas

recortes de cartón tabla

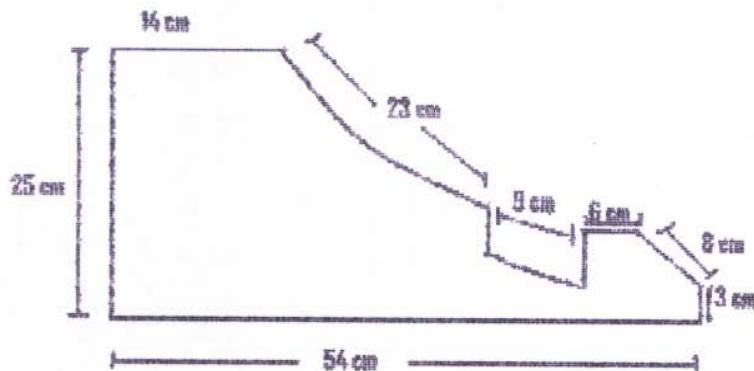
clavos

pintura

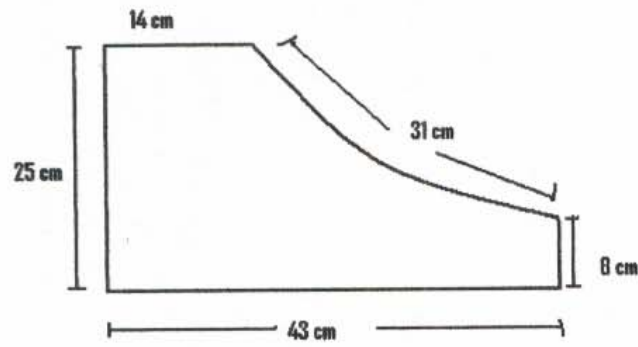
pelota de desecho de los tubos de desodorante.

-Tapa lateral exterior recta de recortes de cartón tabla.

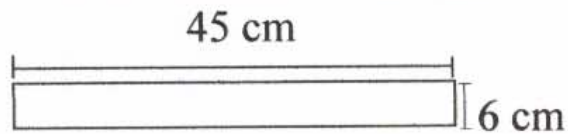
-Tapa interior de las canales de recortes de cartón tabla.



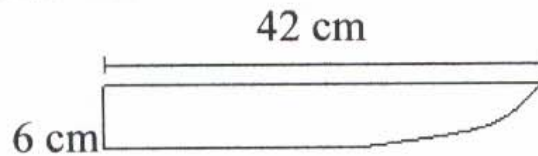
**-Tapa lateral exterior curva de recorte de cartón tabla.**



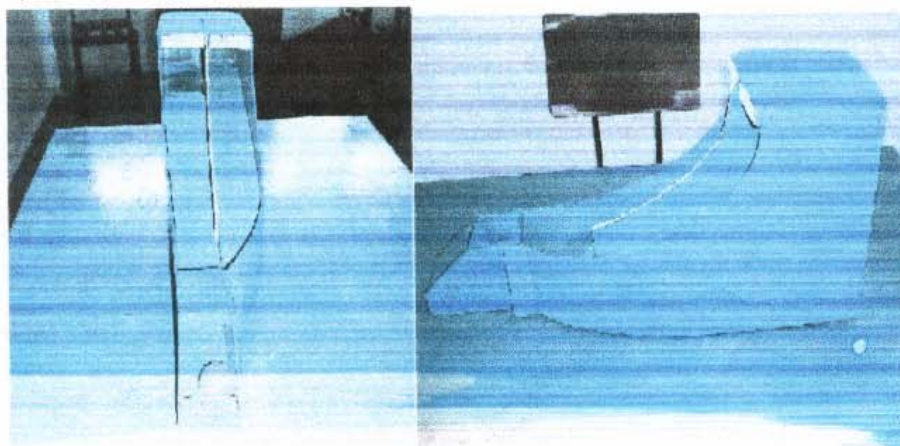
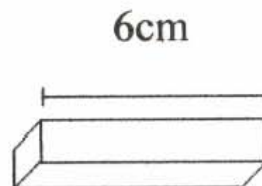
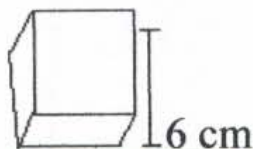
**-Cintillo interior de la canal de recorte de cartón tabla.**



**-Cintillo interior de la canal de recorte de cartón tabla.**



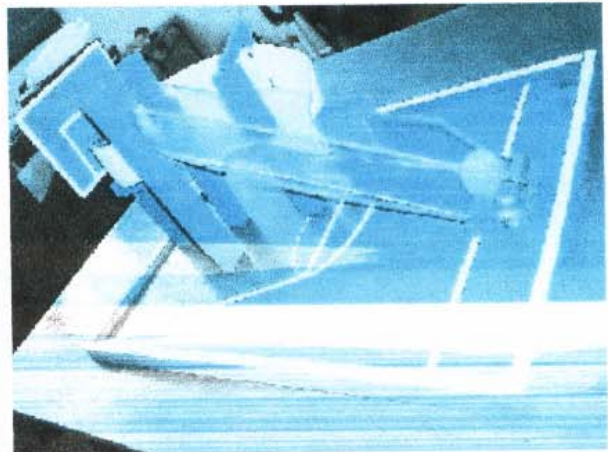
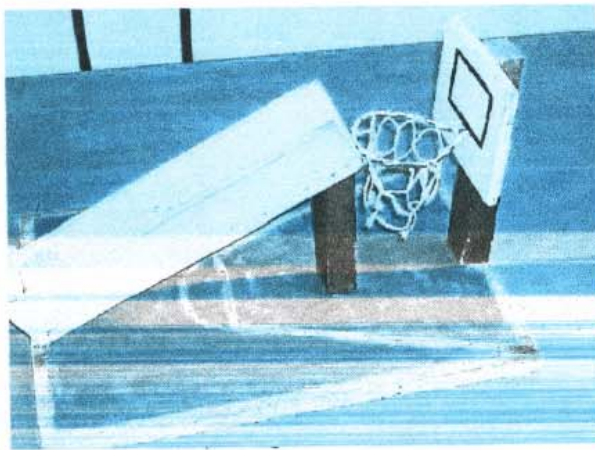
**-Recortes de madera.**





Como segundo medio fue creado el **baloncesto respiratorio** el cual también lo utilizan los pacientes asmáticos como un juego y mediante el realizan Espiraciones profundas expulsando el aire sobrante en sus pulmones y mejorando la crisis, aliviando su padecimiento. Este medio es compuesto por:

- 1- Una tabla grande la cual conforma la concha o terreno de baloncesto.
  - 2- Un recorte de madera para la base del tablero.
  - 3- Recorte de pleywood semejando el tablero.
  - 4- Alambre el cual formara el aro e hilo para la maya del mismo.
  - 5- Recortes de madera que conformaran una canal la cual conducirá una pelota hasta el aro con la realización de la Espiración profunda expulsada por el paciente asmático.
- Con la unificación del primer medio y el segundo se confeciono el **baloncesto con canal recuperadora** un medio más sofisticado.



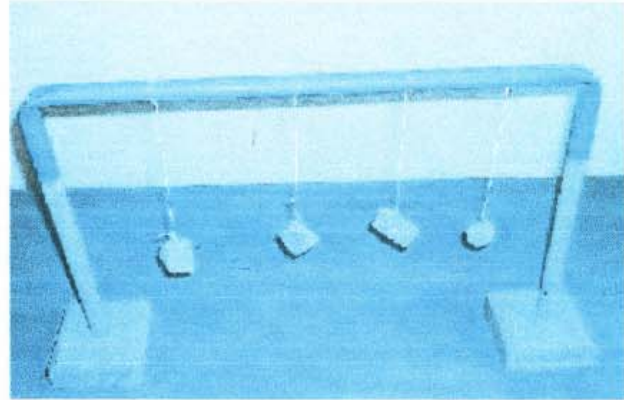
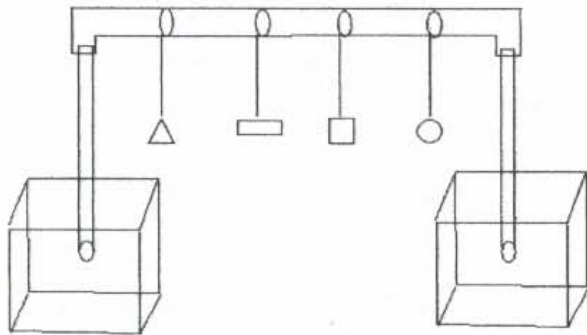
Como tercer medio creamos la **horca respiratoria**, el cual también se utiliza en forma de juego por los pacientes y mejora grandemente la crisis ya que con la realización sistemática y continua del ejercicio de Espiración con este medio el paciente expulsa gran cantidad de aire, además de estar estimulado.

El mismo consiste en:

- 1- Dos bases de Recortes de madera que sustentan el medio.
- 2- Un tubo plástico el cual une a estas dos bases semejando la horca y de la cual penden varios hilos.
- 3- Pequeños pedazos de hilo los cuales penden del tubo.



4- Pedazos de poliespuma que conforman figuras geométricas colocadas en el extremo de estos hilos, a los cuales el paciente Asmático debe soplar profundamente realizando Espiraciones, provocando que estos den la vuelta al tubo, logrando de esta forma el ejercicio.



Como 4 medio tenemos el **reglete respiratorio** en el cual mediante espiraciones fuertes y prolongadas el paciente debe lograr hacerlo girar colocándose lateral al mismo y de esta forma realiza el ejercicio de espiraciones continuas que no es más que el objetivo del medio.

Consiste en:

- 1- Base de recortes de madera.
- 2- Clavos
- 3- Pintura
- 4- La conformación de las aspas del reglete con material de placas (Plásticas). Estas placas o aspas al recibir el aire al impulsar en el paciente giran alrededor de un eje realizándose de esta forma el ejercicio espiratorio que lo mejora y alivia de la crisis.



El 5 medio conformado por nosotros a sido el **fútbol respiratorio** el cual también es jugado por los pacientes asmáticos, con el objetivo de mejorar la capacidad vital pulmonar de los mismos y consiste en un juego entre dos pacientes en un mini terreno de fútbol realizando espiraciones profundas para tratar de colar Gol uno al otro y se repite una y otra vez con el propósito de mejorar la crisis de este paciente.

El mismo esta conformado por:

Recortes de cartón tabla el cual conforma el fondo del medio.

Recorte de cartón tabla que conforman las paredes exteriores del medio.

Recortes de tabla de madera para sujetar y unir las partes anteriores.

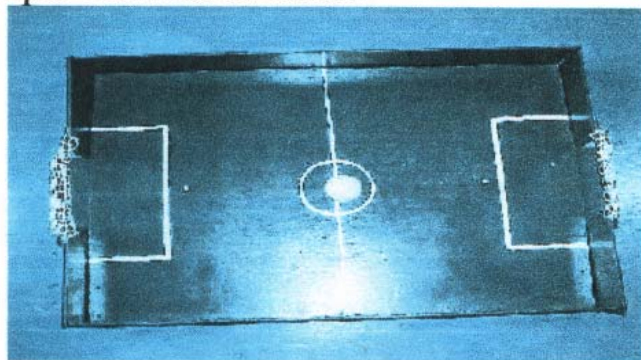
Puntillas.

Pinturas

Pelotas de desechos de desodorante.

Alambre

Hilo para la maya de la portería la cual es el propósito del juego sin el objetivo de ganar si no de espirar la mayor cantidad de veces lo que elimina la crisis



### **Costo por tiempo de obra**

- Diseño del medio----- 24 horas
- Tiempo dedicado a recortar la madera----- 3 horas
- Tiempo de confección armado el medio----- 5 horas
- Utilización de puntillas de una pulgada-----50/u - 0.25centavos.

Tanto la madera utilizada como los recortes de cartón tabla son de recortería.

## FIRMAS ACREDITATIVAS

### Miembros del Tribunal

NOMBRE Y APELLIDOS	<u>FIRMA</u>
Presidente_____	-----
Secretario: _____	-----
Vocal: _____	-----
Vocal: _____	-----
Vocal: _____	-----
Oponente: _____	-----
Tutor: _____	-----
Diplomante: _____	-----
Diplomante: _____	-----

CALIFICACIÓN: -----.